ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф Войно-Ясенецкого» Министерства Здравоохранения РФ

Кафедра дерматологии с курсом косметологии и

ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Реферат: Гонококковая инфекция

Выполнил: врач-ординатор 2-го года обучения

Симакова Наталья Алексеевна

Преподаватель: Карачева Ю.В

Красноярск 2022г.

Гонорея (в народе болезнь называют «триппер») - одно из самых распространенных венерических заболеваний. Историки нашли упоминания о гонорее в античных трактатах, в средневековье гонорея была столь же опасна, как и чума. В Эпоху Возрождения над ее лечением бились лучшие умы. И только благодаря изобретению антибиотиков, в 20 веке распространение болезни удалось остановить. Период до открытия возбудителя Первые упоминания о гонорее относятся ко 2 веку до нашей эры. В своих трудах гонорею описал врачеватель Гален. Однако античный ученый не подозревал об открытии болезни, так как ошибочно принял гонорейные выделения из уретры за эякуляцию. И хотя симптом был трактован неправильно, в медицине закрепилось название «гонорея», что в переводе с латыни означает «семятечение». Впрочем, не во всех странах принято это название болезни. В немецкой медицине гонорею официально называют триппером. В 8 веке нашей эры ученый Марцел в своих трудах описывает не только симптомы болезни, но и ее осложнение - гонорейный эпидидимит. Впервые меры лечения гонореи описывает иранский ученый Разес в трактате 9 века. Он предлагает промывать уретру свинцовыми растворами. Этот метод лечения развивает Авиценна, который описывает промывание мочевого пузыря. Также ученый написал еще об одном осложнении, которое дает гонорея - задержка мочи. В 1347 году опасность гонореи зафиксирована документально. Нельзя сказать, что до этого момента никаких мер по предотвращению болезни не предпринималось. Но зачастую все сводилось лишь к ужесточению правил гигиены в публичных домах. Далее история гонореи претерпевает почти вековой период забвения. Связано это с расцветом Инквизиции, когда вся медицина в целом застопорилась в своем развитии. Пик болезни приходится на 1500 год, однако большинство врачевателей ошибочно принимают гонорею за сифилис. Некоторые лекари считали, что гонорейные выделения - одно из проявлений сифилиса, и лечили пациентов препаратами ртути и измельченным корнем сарсапариллы. Конечно же, лечение было малоэффективным. Немецкий ученый Гунтер впервые заговорил о гонорее как о самостоятельном заболевании, а не как о разновидности сифилиса. В 1767 самоотверженный врач прививает себе гонорею от зараженного пациента. Однако эксперимент завершился неудачно, вместе с гонореей Гунтер заразился и сифилисом. Доказать, что гонорея и сифилис - это два совершенно разных, хотя и схожих по симптомам болезни, удалось лишь в 1831 году. До открытия возбудителя остается еще полвека. Открытие возбудителя гонореи Конец 19 века характеризуется бурным развитием микробиологии, благодаря чему и состоялось открытие микроба - гонококка. В 1872 ученый Аллье наблюдал в капле гноя из уретры движение бактерий шаровидной формы. Лишь в 1879 году Нейссер, после масштабного врачебного эксперимента, назвал эти бактерии гонококками, то есть возбудителями гонореи. Нейссер также сумел описать все морфологические признаки гонококков, способы размножения бактерий и действие на организм. Научное сообщество однозначно признало за Нейссером открытие гонококка. Гонорея в 20 веке С момента открытия гонококка и вплоть до 30-х годов 20 века полноценное лечение гонореи было невозможно. На протяжении всей истории гонореи меры борьбы с болезнью сводились лишь к промыванию половых органов антисептическими растворами борной кислоты, марганцовокислового калия. Гонорея часто давала серьезные осложнения - гонорейный простатит, кольпит, аднексит. Инфекция распространялась по всему организму, и вслед за половыми органами, гонорея поражала слизистую оболочку глаз, вызывая конъюнктивит, или затрагивала суставы, вызывая гонорейный гонит. В 30-е годы 20 века в медицине произошла революция, связанная с открытием антибиотиков. Гонорея успешно поддавалась лечению антибиотиками пенициллиновой группы, хотя и сохранилась практика обработки половых органов антисептическими растворами. Военные 40-е годы характеризуются повальным применением антибиотиков для лечения многих заболеваний, в том числе и гонореи. В это время открыты новые виды препарата - стрептомицин и хлортетрациклин. В 50-е годы лечение гонореи проводилось по отлаженной схеме приема антибиотиков. Однако в начале 1960 года в мире был отмечен рост числа венерических заболеваний, в том числе и гонореи. Связано это не только с сексуальной революцией в развитых странах. Появились новые штаммы гонореи, которые оказались устойчивы к существующим антибиотикам. Сдерживать эпидемию на территории советских стран позволяла только правильная пропаганда. Лишь в 70-е годы нашелся новый антибактериальный препарат для лечения гонореи - спектиномицин. Однако и он оказался эффективным непродолжительное время. Уже в середине 80-х годов гонорея вновь пережила бум. В 90-е годы в борьбе с гонореей довольно успешно применялся левомицетин. На рубеже столетий появился новый антибиотик - ципрофлоксацин. На сегодняшний день он является одним из самых эффективных средств борьбы с гонореей. Для лечения острой формы достаточно однократного приема препарата. Итак, современная медицина способна справиться с гонореей очень оперативно. Однако основная трудность заключается не в лечении болезни, а в своевременном ее выявлении. Кроме того, сексуально активное население нуждается в пропаганде защищенного секса. Только комплекс мер способен окончательно победить гонорею. 2) Определение и распространенность гонореи Гонорея - это инфекционное заболевание, передающееся преимущественное половым путем. Все реже и реже это заболевание упоминается в карточках беременных женщин, однако это не значит, что гонорея ушла в прошлое. Такая относительная «редкость» связана с тем, что гонорея сейчас практически никак себя не проявляет, однако около 2% всех женщин не подозревают о том, что являются носителями этого заболевания. Гонорея известна с древнейших времен. Она даже удостоилась упоминания в Библии как «нечистое истечение» из мочеиспускательного канала у мужчин. О гонорее упоминал Гиппократ, а автором названия является греческий врач Гален, живший во II- м веке нашей эры. Гален полагал, что выделения из мочеиспускательного канала у мужчин при гонорее - это семенная жидкость, поэтому название болезни происходит от греческих слов gone - семя и rhoia - истечение. Несмотря на то, что в последствии было установлено, что выделения не имеют отношения к семенной жидкости, а имеют воспалительное происхождение, название прижилось и до сих пор используется почти во всем мире. Кроме Германии где применяется название «триппер» (от немецкого trophen - капля), и Франции, где гонорею называют «бленнореей». У нас бленнореей называют специфическое поражение глаз при гонорее. Ученые всего мира вот уже в течение тридцати лет предупреждают, что рано или поздно большинство существующих сегодня болезней приобретет резистентность к разработанным человеком антибиотикам и прочим лекарствам. Когда это случится, а случится это неизбежно, большая часть из придуманных человечеством медикаментов окажется совершенно бесполезной, а заболевания, ранее бывшие неизлечимыми, вновь станут таковыми. Согласно последнему докладу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время более 106 млн. людей во всем мире больны гонореей, которая уже через пару лет практически полностью перестанет поддаваться какому-либо лечению. Следует отметить, что если всего двадцать лет назад медики могли выбирать, какими антибиотиками лечить гонорею, то теперь болезнь осталась восприимчива только к антибиотикам цефалоспоринового ряда, однако, как отмечено в докладе экспертов ВОЗ в скором времени уже и эти лекарства потеряют свою эффективность. За последние несколько месяцев неизлечимая гонорея была выявлена на территории Великобритании, Франции, Японии, Норвегии и Швеции. Ученые затрудняются сказать, насколько резистентная форма гонореи в настоящее время может быть распространена по миру. По наиболее скромным прогнозам речь может идти пока всего о 3-5%. Согласно менее оптимистичным прогнозам на деле уже существуют все 15%, то есть каждый шестой случай гонореи может быть неизлечим. При этом хуже всего будет обстоять ситуация на территории Западной Европы и США - стран, которые в наибольших масштабах используют антибиотики. Эксперты отмечают, что при больших показателях распространения на территории Африки и Латинской Америки, гонорея здесь все же будет представлять меньшую угрозу, поскольку резистентность у заболевания здесь еще не вырабатывается. По приблизительным оценкам уже к 2015 году порядка 90% всех случаев заболевания гонореи в мире станет неизлечимыми. Как отмечают эксперты ВОЗ, если гонококковые инфекции станут неизлечимыми, то это приведет к бурному росту не только частоты заболевания гонореей среди населения, но и ростом случаев бесплодия - одного из наиболее распространенных последствий данного заболевания. Гонококки являются паразитами человека. Вне человеческого организма они быстро погибают. На них губительно действуют различные антисептические препараты, нагревание свыше 56°С, высушивание, прямые солнечные лучи. Температуру ниже оптимальной гонококки переносят плохо и быстро погибают при 18°С. В гное гонококки сохраняют жизнеспособность и натогенность, пока не высохнет патологический субстрат (т. е. от 30 мин. до 4-5 ч). Заражение, как правило, происходит половым путем при непосредственном контакте здорового человека с больным (или внешне здоровым носителем). Изредка отмечается заражение не при половом акте, а через инфицированные предметы туалета, белье, что чаще бывает у маленьких девочек, заражающихся от своих матерей, при извращенном половом акте может возникнуть гонококковая инфекция прямой кишки, носоглотки, слизистой оболочки рта, миндалин. Инфицирование глаз у взрослых возможно при внесении гонококков руками, загрязненными выделениями. У новорожденных инфицирование глаз происходит при прохождении через родовые пути больных матерей. Повышенная восприимчивость слизистых оболочек мочеполовых органов, прямой кишки, носоглотки, рта, миндалин, конъюнктивы объясняется биохимическими гормональными, иммунными и анатомо-физиологическими особенностями организма мужчин, женщин и детей. Гонококки паразитируют и предпочтительно поражают слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием. Иммунитет. При гонококковой инфекции имеет место как гуморальная, так и клеточная реакция, но не развивается защитный иммунитет, способность предотвратить реинфекцию. Обнаруживаемые в сыворотке крови противогонококковые антитела относятся к разным классам иммуноглобулинов (IgG, IgM, IgA). Значительная часть переболевших гонореей заражается ею повторно и даже многократно, иногда несмотря на высокий титр специфических антител в сыворотке крови и наличие выраженной сенсибилизации лимфоцитов к гонококкам. Кроме реинфекции возможна и суперинфекция при сохранении гонококка в организме. Известна относительная невосприимчивость к гомологичному штамму гонококка при «семейной гонорее», при которой гонококки не вызывают у своих постоянных носителей сколько-нибудь заметной воспалительной реакции, но обусловливают острое заболевание при заражении третьих лиц. Суперинфекция чужими возбудителями таких супругов сопровождается клинической картиной острой гонореи. 3) Этиология и патогенез Гонококк представляет собою парный кокк (диплококк) бобовидной формы, не окрашиваемый по Граму, размещается непременно внутриклеточно (в цитоплазме лейкоцитов). Гонококки высокочувствительны к факторам внешней среды: погибают при температуре выше 55 С, при высыхании, обработке растворами антисептиков, под влиянием прямых лучей солнца. Гонококк сохраняет жизнеспособность в свежем гное до высыхания. В связи с этим инфицирование случается в основном половым путем (от зараженного партнера). Контагиозность инфекции для женщин составляет 50-70 процента, для мужчин - 25-50 процента. Намного более редко бывает инфицирование бытовым путем (ч/з грязное белье, полотенца, мочалки), в основном у девочек. Возможность внутриутробного инфицирования остается спорной. Гонококк неподвижен, не образует спор, при помощи тонких трубчатых нитей (пили) закрепляется на поверхности эпителиальных клеток, сперматозоидов, красных кровяных клеток. Снаружи гонококки покрыты капсулоподобной субстанцией, затрудняющей их переваривание. Возбудитель может проживать внутри лейкоцитов, трихомонад, эпителиальных клеток (незавершенный фагоцитоз), что осложняет лечение. При неадекватном лечении могут образовываться L-формы гонококков различной величины и окраски. Они нечувствительны к препаратам, вызвавшим их образование, антителам и комплементу в итоге потери части антигенных свойств. Персистенция L-форм затрудняет диагностику и лечение, способствует выживанию инфекции в организме. В связи с широким использованием антибиотиков возникло большое число штаммов гонококка, вырабатывающих фермент р-лактамазу и соответственно устойчивых к действию антибиотиков, содержащих р-лактамное кольцо. Гонококки поражают по большей части отделы мочеполовой системы, выстланные цилиндрическим эпителием - слизистую цервикального канала, маточных труб, уретры, парауретральные и крупные вестибулярные железы. При генитально-оральных контактах могут развиваться гонорейный фарингит, тонзиллит и стоматит, при генитально-анальных - гонорейный проктит. При попадании инфекции на слизистую глаз, в т.ч. и при прохождении плода ч/з инфицированные родовые пути, возникают симптомы гонорейного конъюнктивита. Стена влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококковой инфекции. Хотя, если эпителий истончается или становится рыхлым, вероятно развитие гонорейного вагинита (при беременности, у девочек и у женщин в постменопаузе). Гонококки с высокой скоростью фиксируются на поверхности эпителиальных клеток с помощью пилей, а после проникают в глубь клеток, в межклеточные щели и подэпителиальное пространство, вызывая деструкцию эпителия и воспалительную реакцию. Гонорейная инфекция распространяется чаще по протяжению (каналикулярно) из нижних отделов мочеполовой системы в верхние. Продвижению часто способствуют адгезия гонококка к поверхности сперматозоидов и энтеробиоз внутри трихомонад, являющихся активными переносчиками инфекции. Временами гонококки попадают в кровяное русло (как правило они гибнут из-за бактерицидных свойств сыворотки), приводя к генерализации инфекции и появлению экстрагенитальных очагов поражения, прежде всего поражения суставов. Более редко развиваются гонорейный эндокардит и менингит. В ответ на введение гонорейной инфекции в организме вырабатываются антитела, однако иммунитет при этом не развивается. Человек может заражаться и болеть гонореей неоднократно. Это объясняется антигенной вариабельностью гонококка. Инкубационный период гонореи колеблется от 3 до 15 суток, более редко до 1 месяц. 4) Современная классификация В настоящее время используется Международная статистическая классификация X пересмотра, на основе положений и принципов которой предлагается следующая классификация гонореи: А54 Гонококковая инфекция А54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез Гонококковый: ·цервицит БДУ ·цистит БДУ ·уретрит БДУ ·вульвовагинит БДУ А54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез Гонококковый абсцесс бартолиниевых желез А54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов Гонококковый (ое); ·эпидидимит ·воспалительное заболевание тазовых органов у женщин ·орхит ·простатит А54.3 Гонококковая инфекция глаз Гонококковый ·конъюнктивит ·иридоциклит Гонококковая офтальмия новорожденных А54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы ·артрит ·бурсит ·остеомиелит ·синовит ·теносиновит А54.5 Гонококковый фарингит А54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области А54.8 Другие гонококковые инфекции Гонококковый (ая) (ое): ·абсцесс мозга ·эндокардит ·менингит ·миокардит ·перикардит ·перитонит ·пневмония ·сепсис ·поражение кожи ) Клиника Инкубационный период гонореи колеблется от 3 до 15 дней, реже до 1 мес. Гонорея нижнего отдела мочеполовых путей часто протекает бессимптомно. При выраженных проявлениях болезни отмечают дизурические явления, зуд и жжение во влагалище, гноевидные сливкообразные выделения из цервикального канала. При осмотре обнаруживают гиперемию и отёчность устья уретры и цервикального канала. Гонорея верхнего отдела (восходящая) обычно проявляется нарушением общего состояния, жалобами на боли внизу живота, повышением температуры тела до 39 °С, тошнотой, иногда рвотой, ознобом, жидким стулом, учащённым и болезненным мочеиспусканием, нарушением менструального цикла. Распространению инфекции за пределы внутреннего зева способствуют артифициальные вмешательства - аборты, выскабливания слизистой оболочки матки, зондирование полости матки, взятие аспирата эндометрия, биопсии шейки матки, введение ВМК. Нередко острому восходящему воспалительному процессу предшествуют менструация, роды. При объективном исследовании обнаруживают гнойные или сукровичногнойные выделения из цервикального канала, увеличенную, болезненную мягковатой консистенции матку (при эндомиометрите), отёчные, болезненные придатки (при сальпингоофорите), болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины (при перитоните). Нередко острый инфекционный процесс в придатках матки осложняется развитием тубоовариальных воспалительных образований, вплоть до появления абсцессов (особенно при возникновении заболевании на фоне использования ВМК). Ранее в литературе описывали следующие симптомы, характерные для восходящей гонореи: 1.наличие кровяных выделений из половых путей; 2.двустороннее поражение придатков матки; .связь заболевания с менструацией, родами, абортами, внутриматочными вмешательствами; .быстрый эффект от проводимой терапии: уменьшение количества лейкоцитов в крови и снижение температуры тела при повышенной СОЭ. В настоящее время гонорейный процесс не носит типичных клинических признаков, поскольку почти во всех наблюдениях обнаруживают микстинфекцию. Смешанная инфекция удлиняет инкубационный период, способствует более частому рецидивированию, затрудняет диагностику и лечение. Хронизация воспалительного процесса приводит к нарушению менструального цикла, развитию спаечного процесса в малом тазу, что в последующем может явиться причиной бесплодия, внематочной беременности, невынашивания беременности, синдрома хронических тазовых болей. Гонорейный проктит протекает чаще всего бессимптомно, но иногда сопровождается зудом, жжением в области анального отверстия, болезненными дефекациями, тенезмами. К клиническим проявлениям гонореи у беременных относят цервицит или вагинит, преждевременное вскрытие плодных оболочек, лихорадку во время или после родов, септический аборт. Редко гонококковая инфекция при беременности протекает в виде сальпингита (только в I триместре). ) Особенности течения и прогноза Острая форма гонореи сопровождается обильными выделениями из уретры. При этом, отмечается наличие резких болей при мочеиспускании. Подострая форма заболевания так же, характеризуется большим количеством выделений из уретры. В данном случае практически полностью отсутствуют такие симптомы как учащение мочеиспускания, боли и рези при мочеиспускании, другие неприятные ощущения. Торпидная форма гонореи отличается полным отсутствием субъективных признаков заболевания. Иногда наблюдаются едва заметные выделения из уретры. Хроническая гонорея весьма схожа по течению с торпидной. Стадии обострения хронической гонореи схожи по симптомам с острыми формами. Здесь довольно часто присоединяются симптомы везикулита, хронического гонококкового простатита и боли в промежности, нарушение половой функции. Получить квалифицированную и качественную медицинскую помощь, при гонорее, Вы можете в клинике «Академия здоровья». Оперативные и точные анализы, первоклассные специалисты-венерологи и анонимность лечения - вот основные преимущества нашей клиники. Как и любой микроорганизм гонококк видоизменяется под влиянием действующих на него внешних факторов таких, как: антибактериальная терапия, иммунная система инфицированного организма, простейшие и микробы, обитающие в половых путях. В результате происходят изменения в продолжительности инкубационного (скрытого) периода, выраженности клинических проявлений, реакции на проводимую терапию. Рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся варианты: . При попадании в здоровый организм гонококка, ослабленного предыдущим лечением (когда источник инфекции был пролечен антибиотиками, но не вылечен) происходит: удлинение инкубационного периода до 7-10 дней, уменьшение остроты жалоб и интенсивности клинических проявлений (небольшая резь или жжение при мочеиспускании, скудные слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры), возможно постепенное исчезновение жалоб и переход процесса в хроническую форму, осложняющуюся простатитом и орхо-эпидидимитом (поражение яичка и его придатка), из-за отсутствия бурного воспалительного процесса нет настороженности пациента, и за медицинской помощью больные обращаются после развития осложнений (простатит, синдром Рейтера - поражение глаз, суставов, кожи). . Применение малоэффективных таблетированных форм антибиотиков для лечения гонореи или применение данных антибиотиков для лечения сопутствующих заболеваний (простудные, желудочно-кишечные) при наличии гонореи. Происходит уменьшение или полное исчезновение жалоб и симптомов, но не излечение. Развивается вялотекущий хронический процесс (хроническая гонорея), трудно поддающийся дополнительному лечению, с описанными выше осложнениями. . Наличие сочетанной трихомонадно-гонококковой инфекции. наличие большого количества гонококков в цитоплазме трихомонад, защита гонококков, находящихся внутри трихомонад, от действия антибактериальных препаратов, приобретение устойчивости к антибиотикам вследствие низких концентраций препаратов в цитоплазме трихомонад, удлинение инкубационного периода до 7-10 дней, отсутствие обильных гнойных густых выделений - выделения жидкие, слизисто-гнойные, иногда пенистые с неприятным запахом, усиление симптомов при назначении изолированной противотрихомонадной терапии из-за массивного выхода гонококков, находившихся внутри погибших трихомонад, уменьшение эффективности противотрихомонадной терапии из-за наличия гонококков. Сочетанная трихомонадно - гонококковая, трихомонадно - гонококково - хламидийная инфекция является наиболее сложной для диагностики и лечения. Неправильно пролеченный острый процесс часто переходит в хроническую форму, трудно поддающуюся даже адекватному лечению, включающему иммунную, антибактериальную и местную терапию. Бесконтрольное применение антибиотиков при самолечении приводит к развитию полирезистентности (устойчивости к большому числу антибактериальных препаратов) и серьезно затрудняет дальнейшее лечение хронической гонореи. 7) Диагностика Диагностика основана на данных анамнеза, физикального исследования. Основные методы лабораторной диагностики гонореи - бактериоскопический и бактериологический, направлены на обнаружение возбудителя. Идентификацию гонококка осуществляют по трём признакам: диплококк, внутриклеточное расположение, грамотрицательный микроорганизм. В связи с высокой способностью к изменчивости под влиянием неблагоприятных воздействий окружающей среды гонококк не всегда можно обнаружить при бактериоскопии, чувствительность и специфичность которой составляют 45-80% и 38% соответственно. Для диагностирования стёртых и асимптомных форм гонореи, а также у детей и беременных, более подходящим является бактериологический метод. Посев материала производят на специально созданные искусственные питательные среды. При загрязнённости материала посторонней сопутствующей флорой выделение гонококка становится затруднительным, поэтому для его обнаружения используют селективные среды с добавлением антибиотиков. При невозможности произвести посев незамедлительно, материал для исследования помещают в транспортную среду. Выросшие на питательной среде культуры подвергают микроскопии, определяют их свойства и чувствительность к антибиотикам. Чувствительность бактериологического метода - 90-100%, специфичность - 98%. Материал для микроскопии и посева берут ложечкой Фолькмана или бактериологической петлёй из цервикального канала, влагалища, уретры, при необходимости - из прямой кишки или любого другого места, где предположительно может находиться гонококк. Из прямой кишки берут соскоб или смывы изотоническим раствором натрия хлорида. Другие методы лабораторной диагностики гонореи (иммунофлюоресцентный, иммуноферментный, ДНК диагностика) используют редко, они не являются обязательными. Порядок диагностики гонореи: . Бактериоскопия (анализ свежеокрашенного мазка, взятого из 3-х точек: U,V,C), при остром течении гонореи возбудитель располагается в основном внутри лейкоцитов, а при хроническом - внеклеточно. 2. Бактериологическое исследование, с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Показания: неоднократное получение отрицательного результата бактериоскопии; наличие в мазках из патологического материала подозрительных на гонококк микроорганизмов; при клиническом или эпидемиологическом подозрении на гонорею. . Реакция иммунофлюоресценции (РИФ). 4. Иммунофлюоресцентный анализ (ИФА). 5. Молекулярные методы: полимеразная цепная реакция и лигазная цепная реакция (ПЦР, ЛЦР). 6. При отсутствии гонококков в мазках и посевах проводятся провокационные пробы с использованием иммунологических, химических, термических методов, обязательно учитываются возможные осложнения и последствия при их проведении: ) химическая - смазывание уретры на глубину 1-2 см 1-2 % раствором нитрата серебра, прямой кишки на глубину 4 см 1 % раствором Люголя в глицерине, цервикального канала на глубину 1-1,5 см 2-5% раствором нитрата серебра; 2) биологическая - введение внутримышечно гоновак-цины в дозе 500 млн. микробных тел или одновременное введение гоновакцины с пирогеналом в дозе 200 МПД; 3) термическая - ежедневная диатермия в течение 3-х дней (в 1-й день в течение 30 мин, во 2-й день - 40 мин, в 3-й - 50 мин) или индуктотермия в течение 3-х дней по 15-20 мин. Отделяемое для лабораторного анализа берется ежедневно через 1 час после физиотерапевтических процедур; 4) физиологическая - взятие мазков в дни менструации; 5) комбинированная - проведение биологической, химической и термической провокационных проб в один день. Отделяемое берётся через 24, 48 и 72 часа, а посевы проводятся через 72 часа после проведения комбинированной пробы. Дифференциальная диагностика гонореи Дифференциальную диагностику проводят с другими урогенитальными ИППП, а при восходящей гонорее - с заболеваниями, сопровождающимися клинической картиной острого живота. ) Лечение Лечению подлежат половые партнёры при обнаружении хотя бы у одного из них гонококков бактериоскопическим или бактериологическим методом. Элиминация возбудителя. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ Физиотерапию в виде магнитотерапии, индуктотермии, электрофореза и фонофореза лекарственных веществ, лазеротерапии, терапии ультрафиолетовым облучением и ультравысокими частотами применяют при отсутствии острых явлений воспалительного процесса. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ В лечения гонореи основное место принадлежит антибиотикотерапии для воздействия на возбудителя. Однако следует учитывать рост штаммов гонококка, устойчивых к применяемым в настоящее время антибиотикам. Причинами неэффективного лечения могут служить широкие возможности гонококка образовывать Lформы, вырабатывать βлактамазу, сохраняться внутри клеток. Лечение назначают с учётом формы заболевания, локализации воспалительного процесса, наличия осложнений, сопутствующей инфекции, ограничения применения ЛС изза наличия у них побочных эффектов, чувствительности возбудителя к антибиотикам. Схемы лечения гонореи: Этиотропное лечение свежей гонореи нижних отделов мочеполовой системы без осложнений заключается в назначении одного из антибиотиков: ·цефтриаксон - 250 мг внутримышечно однократно или ·азитромицин - 2 г внутрь однократно или ·ципрофлоксацин - 500 мг внутрь однократно или ·цефиксим - 400 мг внутрь однократно или ·спектиномицин - 2 г внутримышечно однократно. Альтернативные схемы лечения: ·офлоксацин - 400 мг внутрь однократно или ·цефодизим - 500 мг внутримышечно однократно или ·канамицин - 2,0 г внутримышечно однократно или ·триметоприм + сульфаметоксазол (80 мг + 400 мг) - 10 таблеток внутрь 1 раз в день 3 дня подряд. Фторхинолоны противопоказаны детям и подросткам до 14 лет, женщинам в периоды беременности и кормления грудью. При применении альтернативных схем необходим постоянный контроль чувствительности гонококка. Частое сочетание гонореи с хламидийной инфекцией диктует необходимость тщательной диагностики и лечения последней. Для этиотропного лечения гонореи нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями и гонореи верхних отделов и органов малого таза применяют: ·цефтриаксон - 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 ч 7 дней или ·спектиномицин - 2,0 г внутримышечно каждые 12 ч 7 дней. Альтернативные схемы лечения: ·цефотаксим - 1 г внутривенно каждые 8 ч или ·канамицин - 1 млн ЕД внутримышечно каждые 12 ч или ·ципрофлоксацин - 500 мг внутривенно каждые 12 ч. Терапию данными препаратами можно проводить в более короткие сроки, но не менее чем в течение 48 ч после исчезновения клинических симптомов. После исчезновения острых симптомов воспалительного процесса лечение можно продолжить следующими препаратами перорального применения: ·ципрофлоксацин - 500 мг внутрь через каждые 12 ч; ·офлоксацин - 400 мг внутрь через каждые 12 ч. На время лечения исключают приём спиртных напитков, следует воздерживаться от половых контактов. В период диспансерного наблюдения настоятельно рекомендуют использование презерватива. При отсутствии эффекта от антибиотикотерапии необходимо назначить другой антибиотик с учётом чувствительности возбудителя. При смешанной инфекции следует выбирать препарат, дозу и длительность введения с учётом выделенной флоры. После окончания лечения антибактериальными препаратами целесообразно назначать эубиотики интравагинально (лактобактерии, бифидумбактерии бифидум, лактобактерии ацидофильные). С целью профилактики сопутствующей хламидийной инфекции к схемам лечения следует добавлять один из антибиотиков, воздействующих на хламидии: ·азитромицин 1,0 г внутрь однократно или ·доксициклин 100 мг 2 раза в день внутрь в течение 7 дней или ·джозамицин 200 мг внутрь в течение 7-10 дней. При наличии ассоциации гонореи с трихомониазом обязательным считают назначение антипротозойных препаратов (метронидазола, тинидазола, орнидазола). Лечение неосложнённой гонореи у беременных осуществляют на любом сроке, назначают антибиотики, не влияющие на плод: ·цефтриаксон 250 мг внутримышечно однократно или ·спектиномицин 2 г внутримышечно однократно. Противопоказаны тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды. При наличии хорионамнионита беременных госпитализируют и назначают внутривенно бензилпенициллин по 20 млн Ед в сутки до исчезновения симптоматики или ампициллин 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дней. При свежей острой гонорее нижних отделов мочеполовых путей достаточно проведения этиотропного лечения. В случаях торпидного или хронического течения заболевания, отсутствии симптоматики рекомендуют лечение антибиотиками дополнить иммунотерапией, физиотерапией, местной терапией. Местная терапия включает в себя инстилляции ЛС (1-2% раствора серебра протеината, 0,5% раствора серебра нитрата) в уретру, влагалище, микроклизмы с настоем ромашки (1 столовая ложка на стакан воды). Иммунотерапию гонореи подразделяют на специфическую (гонококковую вакцину) и неспецифическую (пирогенал©, продигиозан ©, аутогемотерапия). Иммунотерапию проводят либо после стихания острых явлений на фоне продолжающейся антибиотикотерапии, либо до начала лечения антибиотиками при подостром, торпидном или хроническом течении. Детям до 3 лет иммунотерапия не показана. В целом использование иммуномодулирующих средств при гонорее в настоящее время ограничено и должно быть строго обоснованным. При терапии острых форм восходящей гонореи показано проведение комплекса лечебных мероприятий, включающих в себя госпитализацию, постельный режим, гипотермию гипогастральной области (пузырь со льдом), инфузионную терапию, десенсибилизацию (антигистаминные препараты). С дезинтоксикационной целью и с целью улучшения реологических свойств крови назначают низкомолекулярные декстраны (реополиглюкин ©, реоглюман © или их аналоги), реамберин ©, изотонические растворы глюкозы или натрия хлорида, глюкозопрокаиновую смесь, растворы (трисоль©) и др. гонорея инфекция венерический Список использованной литературы 1. Васильев М.М. Гонококковая инфекция/ М.М. Васильев// Мед. Газета. -2003.-№51, 52. . Васильев В.Н. Разработка и научное обоснование системы мер по снижению заболеваемостью сифилисом и гонореей в крупном промышленном регионе (на примере Кемеровской области): Автореф. Дис. . канд. мед. наук. Кемерово, 2004. - С. 5-7. . Гасанова Т.А. Лабораторная диагностика инфекций, передающихся половым путем, при хронических воспалительных заболеваниях репродуктивной системы/ Т.А. Гасанова// Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунопа-тол. 2001.- № 3. - С. 60-65. . Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ./ С. Гланц. М.: Практика, 1999.-С.455 . . Грант В. Эволюционный процесс: критический обзор эволюционной теории: Пер. с англ./ В. Грант. М.: Мир, 1991. - 488 с. . Громов Б.В. Экология бактерий: Учебное пособие/ Б. В.Громов, Г.В. Павленко. Л.: Изд-во Ленинградского университета, 1989. - 248 с. . Гришина И.А. Влияние антибиотиков на адгезию микроорганизмов/ И.А. Гришина, А.М. Далина, В.П. Яковлев// Антибиотики и химиотерапия. 1990. -№3.-С. 50-52. . Гомберг М.А. Вариант терапии неосложненной гонорейно-хламидийной инфекции/ М.А. Гомберг, А.М. Соловьев// ШИШ. 2000. - № 2. - С. 3638. . Диагностика, лечение и профилактика урогенитальных инфекций: гонорея/ Под ред. К.К. Борисенко// Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем. М.: Ассоциация САНАМ, 1998. - С. 93-97. . Дерябин Д.Г. Факторы персистенции в биологической характеристике Neisseria Gonorrhoeae! Д.Г. Дерябин, Н.Р., Ахунова, О.В. Бухарин// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1998. - № 6. - С. 33-36. . Дерябин Д.Г. Смешанная урогенитальная инфекция у мужчин/ Д.Г. Дерябин, С.Д. Борисов, С.В. Михайленко// Журнал микробиол., эпидемиол. и иммунол. 2000. - № 2. - С. 103-105. . Джабраилов А.М. Лечение больных гонококковой инфекцией цефалоспо-рином третьего поколения цефтазидимом: Автореф. дис . канд. мед. наук. -М., 1998.-С. 3-7. . Дорохина О.В. Лечение гонореи, хламидиоза и гонорейно-хламидийной инфекции современными препаратами: цефалоспоринами, макролидами и фторхинолами: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2000. - С. 3-10. . Дмитриев Г.А. Инфекционный процесс урогенитального тракта и его мор-фофункциональные проявления: Автореф. дис. . докт. биол. наук. -М., 1988.-С. 28.