

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Институт последипломного образования

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
им.проф. В.И.Прохоренкова

Рецензия д.м.н., проф. Карачевой Юлии Викторовны на реферат ординатора
кафедры специальности Дерматовенерологии
Симбирской Юлии Александровны

На тему: *Гомококковая инфекция*

Основные критерии рецензии на реферат

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	<i>положительно.</i>
2. Наличие орфографических ошибок	<i>положительно.</i>
3. Соответствие текста реферата по его теме	<i>положительно.</i>
4. Владение терминологией	<i>положительно.</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий тем	<i>положительно.</i>
6. Логичность доказательной базы	<i>положительно.</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	<i>положительно.</i>
8. Круг использования известных научных источников	<i>положительно.</i>
9. Умение сделать общий вывод	<i>положительно.</i>

подпись ординатора



подпись проверяющего



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧЕРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В.Ф. ВОЙНОЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И.
Прохоренкова Зав.кафедрой д.м.н., доцент Карачёва Юлия Викторовна

РЕФЕРАТ

Гонококковая инфекция

Выполнила: ординатор 2-го года обучения
Симбирская Юлия Александровна

2020 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение _____	3
Этиопатогенез _____	4
Классификация _____	4
Клиническая картина _____	6
Диагностика _____	11
Лечение _____	12
Список литературы _____	14

ВВЕДЕНИЕ

Гонококковая инфекция (gonococcal infection, гонорея – gonorrhoea) – инфекционное заболевание, относящееся к группе ИППП.

Характеризуется гнойным воспалением мочеиспускательного канала.

Заболевание является клинически значимым, так как обладает высокой контагиозностью и нередко приводит к развитию опасных осложнений в органах мочеполовой системы.

Гонорея наиболее распространена среди лиц молодого возраста от 20 до 30 лет, но может встречаться в любом возрасте.

Заражение в 99% случаев происходит при разных формах половых контактов, и лишь в некоторых случаях возможно заражение прямым или косвенным контактным путём (ребёнка от матери при родах; в быту; через предметы личной гигиены).

Если гонореей не лечить, то возбудитель может распространиться с током крови по организму, поражая суставы, сердце, мозг.

Гонококковая инфекция приводит к развитию инфильтративных и дегенеративных процессов слизистой оболочки органов уrogenитальной и репродуктивной систем, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы. При хроническом течении заболевания наряду с экссудативными изменениями определяются пролиферативные изменения: воспалительные инфильтраты в субэпителиальном слое приобретают очаговый характер, цилиндрический эпителий на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего может стать рубцовая атрофия ткани.¹

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Как ранее уже было сказано, возбудителем гонококковой инфекции является неподвижный грамотрицательный гонококк, открытый Нейсером в 1879 г. По своей сути это диплококк, имеющий бобовидную или овоидную форму.

При остром течении гонореи гонококк располагается внутри лейкоцитов, при хроническом – внеклеточно. Однако, они могут находиться не только внутри лейкоцитов, но и в эпителиальных клетках или трихомонадах, при этом они сохраняют свою жизнеспособность (эндоцитобиоз). Фагоцитированные трихомонадами гонококки могут быть источниками рецидива гонореи, так как они становятся недоступными для лекарственных препаратов.

При неблагоприятных условиях или спонтанно гонококки способны образовывать L-формы. Они изменяют форму и размеры: могут приобретать шаровидную форму и достигать размеров эритроцита. L-формы резистентны к антибиотикам (устойчивость повышается в 1000 раз). Отдельные штаммы гонококков способны синтезировать фермент В-лактамазу, разрушающую пенициллин.

Несмотря на всё это, гонококк малоустойчив к внешним факторам: он гибнет по мере высыхания, под влиянием ультрафиолетовых лучей, высокой температуры (от 56 гр.С и выше), солей серебра, ртути, хлоргексидина биглюконата, этилового спирта.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Клиническая классификация гонококковой инфекции основана на локализации патологического процесса.

1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез:
 - уретрит;
 - цервицит;
 - цистит;
 - вульвовагинит.

2. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез.
 - абсцесс больших вестибулярных желез;
 - парауретрит;
 - вестибулит.
3. Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов:
 - эпидидимит;
 - орхит;
 - простатит;
 - сальпингоофорит;
 - эндометрит;
 - пельвиоперитонит.
4. Гонококковая инфекция глаз:
 - конъюнктивит;
 - иридоциклит;
 - офтальмия новорожденных.
5. Гонококковая инфекция костно-мышечной системы:
 - артрит;
 - бурсит;
 - остеомиелит;
 - синовит;
 - теносиновит.
6. Гонококковый фарингит.
7. Гонококковая инфекция аноректальной области.
8. Другие гонококковые инфекции:
 - абсцесс мозга;
 - эндокардит;
 - менингит;
 - миокардит;
 - перикардит;
 - пневмония;
 - сепсис;
 - поражение кожи.¹

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез.

У женщин в большинстве случаев отмечается субъективно асимптомное течение. При наличии клинических проявлений могут быть следующие **субъективные** симптомы:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
- зуд, жжение в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

Объективными симптомами заболевания у женщин являются:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала,
- инфильтрация стенок уретры,
- слизисто-гнойные или гнойные уретральные выделения;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;
- слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки,
- слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала.^{1,2}

Клиническая картина гонореи у мужчин характеризуется в первую очередь явлениями уретрита различной степени выраженности.

Субъективными симптомами гонококковой инфекции у мужчин являются:

- гнойные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективными симптомами заболевания у мужчин являются:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала,
- инфильтрация стенок уретры,
- гнойные выделения из уретры.^{1,2}

Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез.

Субъективными симптомами вестibuлита являются:

- незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области вульвы.

При формировании абсцесса железы присоединяются:

- симптомы общей интоксикации;
- боли усиливаются при ходьбе и в покое, принимая пульсирующий характер.

Объективными симптомами вестibuлита являются:

- гиперемия наружных отверстий протоков вестibuлярных желез;
- незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области протоков вестibuлярных желез при пальпации.

При формировании абсцесса железы:

- общая и местная гипертермия,
- при пальпации железы наблюдаются слизисто-гнойные или гнойные выделения;
- определяется четко ограниченная инфильтрация,
- гиперемия и выраженная болезненность в зоне проекции протока.

У лиц обоего пола возможно *гонококковое поражение парауретральных желез*, при этом **субъективными** симптомами являются:

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- болезненность в области наружного отверстия уретры.

Объективными симптомами парауретрита являются:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Гонококковая инфекция аноректальной области.

У лиц обоего пола, как правило, отмечается **субъективно** асимптомное течение заболевания.

При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- при локальном поражении прямой кишки:
- зуд, жжение в аноректальной области,
- незначительные выделения из прямой кишки желтоватого или красноватого цвета.

При локализации процесса выше анального отверстия:

- болезненные тенезмы,
- болезненность при дефекации,
- слизисто-гнойные выделения из прямой кишки, нередко с примесью крови,
- вторичные запоры.

Объективными симптомами у лиц обоего пола являются:

- гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
- слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из прямой кишки.

Гонококковый фарингит.

У лиц обоего пола, как правило, отмечается **субъективно** асимптомное течение заболевания.

При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- чувство сухости в ротоглотке;
- боль, усиливающаяся при глотании;
- осиплость голоса.

Объективными симптомами у лиц обоего пола являются:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями.

Гонококковая инфекция глаз.

Субъективными симптомами у лиц обоего пола являются:

- резкая болезненность пораженного глаза,
- слезотечение, отечность век, светобоязнь,
- обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Объективными симптомами у лиц обоего пола являются:

- отечность век,
- гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза,
- обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин).

Заболевания, как правило, сопровождаются симптомами общей интоксикации:

- повышением температуры тела, общей слабостью, утомляемостью, повышением скорости оседания эритроцитов при клиническом исследовании крови.

Субъективными симптомами у женщин являются:

- ✓ сальпингоофорит:
 - боль в области нижней части живота схваткообразного характера,
 - слизисто-гнойные выделения из половых путей;
 - при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- ✓ эндометрит:
 - боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера,
 - слизисто-гнойные выделения из половых путей;
 - при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены,
 - нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения.

Объективными симптомами у женщин являются:

- ✓ сальпингоофорит:
 - при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала;
 - при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- ✓ эндометрит:
 - при остром течении воспалительного процесса – болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала;
 - при хроническом течении заболевания – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.

Субъективными симптомами у мужчин являются:

- ✓ эпидидимоорхит:
 - слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала,
 - дизурия,
 - диспареуния,
 - болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя;
 - боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки;
 - боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;
- ✓ простатит:
 - боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки,
 - дизурия.

Объективными симптомами у мужчин являются:

- ✓ эпидидимоорхит:
 - слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала,
 - гиперемия и отек мошонки в области поражения,
 - при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток;

- ✓ простатит:
 - при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа.

При *диссеминированной гонококковой инфекции* у больных обоего пола могут развиваться:

- пельвиоперитонит,
- эндокардит,
- перикардит,
- менингит,
- артрит,
- абсцесс мозга,
- пневмония,
- перигепатит,
- сепсис,
- остеомиелит,
- синовит, не имеющие патогномичных симптомов.

Субъективные и объективные симптомы *гонококковой инфекции* у *детей и подростков* аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и многоочаговость поражения.¹

ДИАГНОСТИКА

Окончательный диагноз устанавливается только на основании лабораторного подтверждении наличия *Neisseria gonorrhoeae* в исследуемых образцах, полученных из уrogenитального тракта.

Для верификации диагноза гонококковой инфекции применяются следующие методы исследования:

1. микроскопическое исследование отделяемого из уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) (микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму) (только у мужчин).

2. молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование мочи на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*).
3. бактериологическое исследование отделяемого слизистой оболочки ротоглотки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*).

ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения неосложнённых форм гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта применяются следующие антибактериальные препараты:

цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно;
цефиксим 400 мг перорально однократно;
спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

Для лечения гонококковой инфекции глаз у взрослых рекомендуется применять:

цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в теч. 3 дней.

Для лечения абсцедированных форм гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта рекомендуется:

цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в теч. 14 дней;

цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в теч. 14 дней;

спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов в теч. 14 дней.

Для лечения беременных допустимо применение следующих препаратов:

цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно;

цефиксим 400 мг перорально однократно;

спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

В лечении детей с массой тела менее 45 кг используется:

цефтриаксон 125 мг внутримышечно однократно;

спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно.

Для лечения детей с массой тела более 45 кг допустимо:

цефтриаксон 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 3 дней;

спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно.

Для профилактики офтальмии у всех новорождённых сразу же после рождения применяется:

эритромицин глазная мазь 0,5% однократно;

нитрат серебра водный раствор 1% однократно.

При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется: исключение реинфекции; определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам; назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации 2020 «Гонококковая инфекция»
2. Основы дерматовенерологии, уч.пособие, 2008, стр. 190
3. <https://agapovmd.ru/dis/std/gonorrhea.htm>
4. Интегральная медицина XXI века, Гонорея, <http://www.it-med.ru/library/g/gonorey.htm>
5. Дерматовенерология, уч. для студ. высших мед. учебн. заведений, под редакцией Е.В. Соколовского, 2005 г.
6. Срипкин Ю.К. и соавт., Руководство, Кожные и венерические болезни, 1999 г.