

Лекция № 11

Гонорея. Гонорея девочек.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления.

**Профилактика венерических
болезней и ВИЧ-инфекции**

ПЛАН ЛЕКЦИИ

Гонорея

- Этиология.
- Эпидемиология.
- Иммунитет.
- Гонорея у детей.
- Лечение.
- Профилактика.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления

- Возбудитель.
- Эпидемиология.
- Пути инфицирования. Группы риска.
- Патология кожи и слизистых оболочек. Саркома Капоши, тяжелая форма кандидоза, герпеса и других инфекций кожи и слизистых.
- Методы диагностики.

Профилактика венерических болезней и ВИЧ-инфекции

- Основные эпидемиологические и диспансерно-профилактические мероприятия борьбы с ЗППП.
- Общественная профилактика.
- Индивидуальная профилактика.
- Первичная профилактика.
- Вторичная профилактика.

ГОНОРЕЯ

Гонорея — высокоинфекционное заболевание, передающееся половым путем.

Поражает :

- в первую очередь половые органы, выстланные цилиндрическим и железистым эпителием (уретру, цервикальный канал, нижнюю часть прямой кишки, конъюнктиву глаза и др.)
- слизистые оболочки, покрытые многослойным плоским эпителием (влагалище, вульва)
- кожа в патологический процесс вовлекаются редко.
- вульва и влагалище в детском возрасте весьма восприимчивы к гонококковой инфекции

Пути передачи

- Как правило, гонорея передается половым путем (обычно прямым) и лишь иногда непрямым (через общую постель, ночные горшки, полотенца, медицинские инструменты и т. д.).
- Бытовым путем (через общие предметы туалета и т. д.) инфекция передается менее чем в 1% случаев.
- Новорожденные инфицируются при прохождении через родовые пути больной матери.

Социальная значимость гонореи обусловлена

- высоким уровнем ее заболеваемости
- частыми осложнениями и неблагоприятным влиянием, которое она оказывает на

ГОНОРЕЯ (продолжение)

Высокая распространенность гонореи в настоящее время обусловлена как особенностями возбудителя (в частности, увеличением его устойчивости к противомикробным средствам в связи с их бесконтрольным приемом и самолечением), так и социальными факторами:

- демографическими сдвигами с увеличением численности взрослого населения молодых одиноких лиц;
- повышением частоты разводов;
- продлением периода половой активности населения;
- социальными катаклизмами (локальные войны, стихийные бедствия и т. д.);
- социально-экономическими факторами (увеличение численности городского населения, увеличение свободного времени, международный туризм и т. д.);
- неблагоприятными экономическими условиями: безработицей, материальной необеспеченностью, недоступностью лекарственных средств из-за их высокой стоимости и т. д.;
- особенностями поведения и сексуальной ориентированности отдельных представителей общества (употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем, проституция, гомосексуализм, наличие групп повышенного риска заражения, куда входят военнослужащие, моряки, беженцы, иммигранты, сезонные рабочие, туристы,

ГОНОРЕЯ (продолжение)

Источником заражения гонореей чаще всего являются больные гонореей, не знающие о наличии у них инфекции, практикующие частые половые связи с постоянной сменой половых партнеров и не использующие средств индивидуальной профилактики вензаболеваний (презервативы и т. д.).

Благоприятствуют инфекции анатомо-физиологические особенности организма (широкое наружное отверстие уретры, эпи- и гипоспадия и др.).

Важный фактор риска заражения гонореей — молодой возраст (до 80% больных гонореей — лица от 15 до 29 лет) со свойственной ему высокой половой активностью, половой жизнью вне брака, частой сменой половых партнеров, социально-экономической неустроенностью и т. д. Если в целом среди больных гонореей обычно преобладают мужчины, то среди подростков — женщины.

При однократном половом контакте с женщиной, больной гонореей, мужчина инфицируется в 17—20% случаев, женщина же после однократного полового контакта с больным мужчиной — примерно в 80% случаев, что обусловлено анатомо-физиологическими, биохимическими и гормональными особенностями женского организма.

Из-за общности путей передачи инфекции от 33,8 до 61% больных гонореей заражены двумя и более возбудителями инфекций, передающихся половым путем (ИППП) — смешанная инфекция. Наиболее часто выявляется гонорейно-хламидийная инфекция, а так называемый постгонорейный уретрит в 80% случаев обусловлен

ГОНОРЕЯ. Этиология и патогенез.

- **Возбудитель гонореи** — *Neisseria gonorrhoeae*, открыт в 1879 г. А. Нейсером.
- Входит в семейство Neisseriaceae, род *Neisseria*, является грамотрицательным парным кокком длиной от 1,25 до 1,6 мкм и от 0,7 до 0,8 мкм в поперечнике, имеет ФОРМУ вогнутой поверхностью друг к другу.
- Гонококки имеют трехслойную наружную стенку, цитоплазматическую мембрану, цитоплазму с рибосомами и ядерной вакуолью.
- Обычно гонококки располагаются внутриклеточно группами.
- Вирулентные гонококки на поверхности наружной мембраны содержат нити-пили, с помощью которых прочно фиксируются на эпителиальных клетках. Пилиям приписывается также передача генетической информации.
- Гонококки способны переходить из непилированного в пилированное состояние и обратно, в зависимости от того, экспрессируются ли гены пилей, что в свою очередь регулируется различными типами гонококковых протеинов.

ГОНОРЕЯ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Трехслойная наружная мембрана гонококков содержит несколько классов протеинов, в том числе:

- **протеин I** (идентифицировано 24 серовара протеина IA и 32 серовара протеина IB; гонококки с протеином IA чаще ассоциируются с диссеминированной гонококковой инфекцией, а с протеином IB — с резистентностью к антибиотикам),
- **протеин II** (способствующий лучшему прикреплению гонококков друг к другу и к различным типам эпителиальных клеток, но не всегда экспрессирующийся; при его отсутствии гонококк формирует "прозрачные" колонии, чаще встречающиеся при диссеминированной гонококковой инфекции и ассоциированные с повышенной устойчивостью к нормальной человеческой сыворотке крови),
- **протеин III** (снижающий бактерицидную активность сыворотки крови путем экспрессии блокирующих антител).

ГОНОРЕЯ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Попавшие на поверхность слизистой оболочки гонококки с помощью пилей и участков локализации протеина II прочно фиксируются на эпителиальных клетках и через межклеточные пространства достигают подэпителиальной соединительной ткани, вызывая воспалительную реакцию с выделением содержащего гонококки гнойного экссудата. Время, необходимое для развития воспалительной реакции в ответ на внедрение гонококков в подэпителиальную ткань (инкубационный период), варьирует от 12 ч до 3 мес (в среднем у мужчин оценивается в 3—4 дня, у женщин симптомы эндоцервицита наступают через 10 дней).

При смешанной гонорее инкубационный период увеличивается.

Гонококковая инфекция распространяется по протяжению (*per continuitatem*) по слизистой оболочке мочеполовых органов или по лимфатическим сосудам в более отдаленные отделы мочеполового тракта: заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, фаллопиевы трубы, яичники и т. д.

Возможен также ретроградный занос гонококков в полость матки или придаток яичка при антиперистальтических движениях матки или семявыносящего протока.

Изредка бывает гематогенная диссеминация гонококков с транзиторной гонококкемией или гонококковым сепсисом, проявляющимся гонококковой септициемией и септикопиемией.

ГОНОРЕЯ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Инвазия гонококков сопровождается **иммунными реакциями**.

Клеточный иммунный ответ, характеризующийся сенсibilизацией-РАЛ, нарастает с увеличением продолжительности течения инфекции.

В сыворотке крови выявляются противогонококковые IgA, IgG, IgM.

Местный клеточный иммунный ответ выражается пролиферацией иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке половых органов, продуцирующих секреторные IgA, IgG, IgM, которые выявляются в секрете предстательной железы, семенной жидкости, цервикальном отделяемом и т. д.

Несмотря на высокий титр специфических антител, значительная часть переболевших гонореей заражается ею повторно.

ГОНОРЕЯ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Ассоциация гонококков с другими возбудителями ИППП обуславливает изменение иммунного ответа на инфекцию, усиливает патогенность каждого микроба, при этом один из возбудителей может персистировать, например, в трихомонадах.

В таких случаях гонорея обычно течет **торпидно**.

Именно при **торпидной** гонорее часто выявляются гонококки с измененными тинкториальными и морфофункциональными свойствами, L-формы гонококков, штаммы с внехромосомными генетическими элементами (плазмидами, умеренными фагами, транспозонами и др.).

В частности, плазмиды как факторы быстрой адаптации микроорганизма к изменяющимся условиям среды опосредуют присутствие пилей, выработку β -лактомазопродуцирующих, хинолоноустойчивых штаммов и штаммов с множественной лекарственной устойчивостью.

ГОНОРЕЯ. Классификация.

Выделяют гонорею:

свежую (с давностью до 2 мес), которая по течению делится на стадии:

- острую,
- подострую и
- торпидную (малосимптомную),
- хроническую (с давностью свыше 2 мес), обычно протекающую торпидно, обостряясь под влиянием провоцирующих факторов,

а также

латентную гонорею, при которой носительство гонококков на поверхности слизистой оболочки не вызывает воспалительной реакции.

Патоморфологически при **свежем гонорейном уретрите** наблюдаются диффузные экссудативные изменения в эпителии уретры (иногда вплоть до полного разрушения его на отдельных участках, инфильтрация субэпителиального слоя преимущественно полиморфно-ядерными лейкоцитами, резкое расширение сосудов стромы и т. д.).

При **хроническом гонорейном уретрите** наряду с экссудативными изменениями возникают пролиферативные: воспалительные инфильтраты в субэпителиальном слое приобретают очаговый характер, цилиндрический эпителий уретры на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего может стать рубцовая атрофия и стриктура уретры.

ГОНОРЕЯ. Клиническая картина.

Выделяют:

- гонорею мужчин;
- гонорею женщин;
- гонорею детей;
- экстрагенитальную гонорею.

К проявлениям экстрагенитальной гонореи относят:

- **гонорейный проктит** — поражение нижней трети прямой кишки, встречается у женщин и девочек, больных гонореей, а также у мужчин—пассивных гомосексуалистов. Субъективно иногда отмечаются зуд, жжение, тенезмы, запоры, могут быть выделения из прямой кишки; при ректоскопии отмечаются признаки проктита и кровоточивость слизистой оболочки в месте контакта;

- **орофарингеальную гонорею**, поражающую преимущественно слизистую оболочку миндалин и глотки, обычно бессимптомную, проявляющуюся гиперемией и отеком слизистой, гнойным налетом на миндалинах, регионарным лимфаденитом, у некоторых больных — гингивитом и стоматитом;

- **гонорею глаз**, развивающуюся при заносе инфекции руками; у новорожденных — во время прохождения родовых путей больной матери или внутриутробно; инкубационный период при ней 3-4 дня; клинически процесс проявляется сильным отеком век, гноетечением, светобоязнью, кровоточивостью резко гиперемизированной конъюнктивы; тяжелым осложнением является поражение роговой оболочки с развитием язв или прободения.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Этиология и патогенез.

Девочки и мальчики заболевают гонореей в любом возрасте: от периода новорожденности до 13 — 14 лет, но наиболее часто — от 3 до 9 лет. Это, по-видимому, объясняется, с одной стороны, особенностью строения слизистой оболочки половых органов в данном возрасте, а с другой — тем, что начиная примерно с 3 лет в мочеполовых органах создаются благоприятные условия для жизнедеятельности гонококков.

У новорожденного симптомы гонококковой инфекции появляются на 2 — 5-е сутки жизни и включают офтальмию новорожденных, ринит, уретрит, вагинит, вульвовагинит, сепсис, менингит, что сопровождается общим тяжелым состоянием.

Эпидемиология, диагностика, клиническое течение и лечение гонореи у детей имеют свою специфику, обусловленную анатомическими и физиологическими особенностями их половых органов. В частности, у мальчиков длинная крайняя плоть становится причиной появления физиологического фимоза вследствие слипания внутреннего листка крайней плоти и наружной поверхности головки полового члена. Это происходит потому, что эпителиальные клетки крайней плоти и головки полового члена не ороговевают, однако к 8 — 10 годам возможно обнажение всей головки. Органы мошонки (яички, придатки, семенной канатик), семенные пузырьки, предстательная железа у детей не функционируют до наступления половой зрелости, а активно развиваются лишь в начале второго десятилетия жизни.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Этиология и патогенез. (продолжение)

У мальчиков в слизистой оболочке мочеиспускательного канала отсутствуют хорошо развитые складки, поперечные морщинки, а отверстия желез канала узкие. В связи с этим гонококки в случае попадания в мочеиспускательный канал не могут беспрепятственно размножаться и проникать в смежные органы. Этим объясняется меньшая продолжительность гонорейного уретрита у мальчиков и редкие случаи осложнений (эпидидимит, орхит и т.д.).

У девочек наружные половые органы легкодоступны для инфекции. Большие половые губы малоразвиты, плоские, в связи с чем клитор и малые половые губы нередко остаются внешне не защищенными (закрываются большими половыми губами уже в более позднем возрасте). Оволосение отсутствует. В генитальной области значительно больше, чем у взрослых, малых преддверных железок, в которых могут скапливаться гонококки. Половая щель зияет. Небольшое расстояние между влагалищем, мочеиспускательным каналом и прямой кишкой облегчает распространение гонококковой инфекции.

Влагалище девочек выстлано нежным и тонким неороговевающим переходным эпителием, поэтому гонококки легко проникают через него, образуя диффузные воспалительные поражения слизистой оболочки. Влагалище представляет собой глубокую тонкую трубку с большим количеством складок и ниш. Влагалищная флора скудная, представлена преимущественно кокками, секрет его обычно имеет слабощелочную реакцию (рН 7 — 8). Все это способствует развитию гонококковой инфекции.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Большие железы преддверия (бартолиновые) не функционируют, их выводные протоки узкие, поэтому легче закупориваются железистым секретом, вследствие чего проникновение гонококков непосредственно в железы и последующее инфицирование желез затрудняется.

Матка недоразвита, сравнительно мало снабжена кровеносными сосудами, железистый аппарат ее тела до 5 — 7 лет находится в рудиментарном состоянии. Слизистая оболочка канала шейки матки развита, железы шейки матки многочисленны и могут легко стать очагами гонококковой инфекции.

У здоровой девочки микроэкология влагалища — это сложная многокомпонентная система, гормонально зависимая от иммунных особенностей организма. Она определяется функциональным состоянием яичников, концентрацией лактофлоры, pH влагалищного содержимого и местным иммунитетом.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Организм новорожденной девочки находится под влиянием эстрогенов матери, перешедших через плаценту. Разрушаясь в печени, эстрогены выводятся из организма девочки в течение 2 — 3 недель. Сразу после рождения эпителий влагалища многослойный — он содержит до 30—40 слоев. Материнские эстрогены обеспечивают созревание и ороговение эпителиальных клеток, накопление в них гликогена. В течение первых суток после рождения влагалище девочки заселяется лактобациллой (палочка Додерлейна), которая расщепляет гликоген до лактата; при этом среда во влагалище кислая (рН 4,0-4,5).

Через 2—4 ч после родов начинается процесс слущивания ороговевших клеток. В течение 2 — 3 недель постепенно уменьшается толщина эпителиальных слоев влагалища, исчезает из клеток гликоген, падает количество лактобацилл, а рН постепенно достигает 7—8. Слизистая оболочка влагалища истончается, становится более ранимой. К концу 1-го месяца жизни в вагинальных мазках преобладают парабазальные и базальные клетки, преимущественно кокковая флора. Лактобациллы отсутствуют, исчезает механизм самоочищения влагалища. Такая картина сохраняется весь период гормонального покоя до 7 — 8 лет. К пубертатному периоду возрастает количество жировой ткани в больших половых губах, они увеличиваются и начинают прикрывать малые. Возрастает толщина эпителия, влагалище постепенно заселяется лактобациллой и, соответственно, реакция

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Этиология и патогенез. (продолжение)

Несмотря на анатомические особенности полового аппарата, способствующие заражению девочек гонореей, отсутствие у них ряда провоцирующих факторов (менструации, половые акты, беременность, послеродовой период и т. п.) определяет своеобразие течения этого заболевания. Как правило, девочки инфицируются бытовым путем.

Причины заражения детей гонореей самые разнообразные. У новорожденных оно происходит во время прохождения ребенка через инфицированные родовые пути, а также внутриутробно через околоплодные воды. Заражение может произойти и от больной гонореей матери при уходе за новорожденным.

Дети старшего возраста обычно заражаются гонореей от взрослых, если они спят с ними в одной постели, пользуются одним туалетом, купаются в общей ванне и пр. **Заражение гонореей девочек** в детских коллективах младшего возраста связано также с общим пользованием ночными горшками, полотенцами при уходе за половыми органами. Иногда источником инфицирования гонореей в детских дошкольных учреждениях является обслуживающий персонал. Определенное значение в заболевании детей гонореей имеют игры с половыми органами друг друга, а также онанизм. Исключительно редки случаи заражения детей взрослыми через половые

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина.

Гонорея у мальчиков. Заражение мальчиков происходит главным образом половым путем.

Клинически гонококковая инфекция у мальчиков проявляется уретритом и баланопоститом. Особенность течения гонорейного процесса у мальчиков связана с физиологическим фимозом. За счет этого кожа крайней плоти отекает, становится гиперемизированной. Отек крайней плоти бывает настолько значительным, что становится препятствием для выделения мочи. Мочеиспускание очень болезненное, из-за чего мальчики стараются мочиться как можно реже.

При подостром течении гонореи воспалительный процесс не распространяется на кожу головки полового члена и крайнюю плоть. Характерны незначительная гиперемия, отек губок уретры мочеиспускательного канала и слизисто-гнойные выделения из него в небольшом количестве. Встречается торпидное и хроническое течение гонорейных уретритов, которые клинически почти не проявляются. В таких случаях гонорею у мальчиков выявляют, как правило, в процессе обследования.

Обычно в течение нескольких дней при интенсивном лечении острые явления стихают, и в дальнейшем болезнь протекает без осложнений. Однако в некоторых случаях наблюдаются двусторонний эпидидимит и абсцедирующий орхит. Простатитом и везикулитом мальчики раннего возраста не болеют, так как предстательная железа и семенные пузырьки до периода полового созревания развиты слабо. В более позднем возрасте эти осложнения также встречаются крайне редко. К очень редким осложнениям гонореи относятся поражения глаз и суставов.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

Гонорея у девочек.

Гонококковая инфекция у девочек помимо области наружных половых органов и влагалища может распространяться на мочеиспускательный канал, прямую кишку, матку, что, как и при гонорее у взрослых, приводит к тяжелому течению заболевания.

Свежая гонорея у большинства больных протекает остро, с бурными проявлениями воспалительного процесса: резкой отечностью и гиперемией слизистой оболочки половой области, значительными слизисто-гнойными выделениями из половой щели. Отмечаются гиперемия и отек наружного отверстия мочеиспускательного канала и слизисто-гнойные выделения из него. Мочеиспускания частые и болезненные. В некоторых случаях выделения из влагалища приводят к склеиванию половых губ и раздражению в области половых органов и внутренней поверхности бедер, вызывают зуд и жжение, особенно во время ходьбы. Иногда повышается температура тела.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

Объективные признаки сводятся к следующим проявлениям: в острых случаях наблюдается резкое покраснение и отечность вульвы; малые губы и внутренняя поверхность больших губ покрыты корочками от засохшего гноя. После удаления корочек остаются слегка кровоточащие эрозии. Паховые лимфатические узлы, как правило, увеличены и болезненны. При осторожном раздвигании больших губ обнаруживается отечность клитора и уретровагинального валика. Внутренние поверхности малых губ представляются неравномерно гиперемизированными. Особенно резкая гиперемия обычно наблюдается вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала и в ладьеобразной ямке. Девственная плева нередко представляется сильно отечной; внутренние края гименального кольца склеены слизисто-гнойными выделениями, так что отверстие входа во влагалище бывает совершенно закрыто. Иногда уже при малейшем надавливании на низ живота и промежность из мочеиспускательного канала и полости влагалища обильно вытекает гной. Возможна гиперемия, идущая от ладьеобразной ямки по направлению к заднему проходу, в котором обнаруживаются явления раздражения или воспаления.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

При вагиноскопии выявляются резкая гиперемия и отечность. Слизистая оболочка рыхлая, легко кровоточит, местами покрыта гнойными налетами. Явления острого воспаления постепенно затихают, гиперемия слизистых оболочек принимает неравномерные очертания, отечность уменьшается и, наконец, исчезает. В хронических случаях гонореи маленьких девочек единственным объективным признаком могут являться упорные периодически повторяющиеся скудные слизисто-гнойные выделения.

При подостром течении гонококкового процесса у детей явления воспаления в области гениталий менее интенсивны: гиперемия выражена слабо и имеет очаговый характер, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала и влагалища незначительные, раздражения кожи нет. При вагиноскопии на стенках влагалища видны четко отграниченные участки гиперемии и инфильтрации, во влагалищных складках обнаруживается небольшое количество слизисто-гнойного отделяемого, слабо выражена отечность, наблюдается гиперемия шейки матки, иногда слизисто-гнойное отделяемое из канала шейки матки.

В настоящее время чаще наблюдаются под острые, торпидные формы заболевания. Возможно и бессимптомное течение свежей гонореи. Больных выявляют, как правило, при изучении бытовых контактов с родственниками. С помощью вагиноскопии при бессимптомном течении у больных удастся обнаружить гиперемия слизистой оболочки влагалища и незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого в задней части свода влагалища

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

Хроническая гонорея у девочек при длительности заболевания свыше 2 мес обычно выявляется в период обострения торпидно текущего и своевременно не диагностированного заболевания. При вагиноскопии в таких случаях устанавливают, что 2/3 слизистой оболочки передней части влагалища не изменены, но оставшаяся треть, особенно в задней части свода, зернистая и гиперемированная. При затянувшемся процессе обычно поражается канал шейки матки, в котором содержится слизисто-гнойное отделяемое и нередко наблюдается эрозия. Вовлечение в воспалительный процесс канала шейки матки очень характерно для гонококкового процесса.

Данные анамнеза больных хронической гонореей свидетельствуют о вялом течении воспалительного процесса с момента заражения. Кратковременное появление умеренных или скудных выделений из половых органов в начале заболевания обычно не привлекает внимания родителей, и гонорея нередко переходит в хроническую стадию.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

Гонорея у девочек, как и у женщин, представляет собой многоочаговое заболевание:

у 100 % больных поражаются внутренние половые органы; у 85 — мочеиспускательный канал; у 50—82 — прямая кишка; у 2—4 % — большие железы преддверия. У больных гонореей девочек в 50 — 75 % случаев поражается шейка матки, значительно реже — сама матка.

В настоящее время гонококковые поражения глаз, носа, рта, гортани, плевры и суставов встречаются в исключительных случаях.

В детском и подростковом возрасте процесс манифестируется вагинитами и эктопиями шейки матки. **При гонококковом вульвите и вагините** у девочек (до периода менархе) в патологический процесс вовлекаются вульварное кольцо, кожа больших половых губ и прилежащих складок.

При остром вульвовагините кожа больших и малых половых губ, а также слизистая оболочка преддверия влагалища отечны, гиперемизированы, покрыты слизистогнойными выделениями, свободно вытекающими из отверстия влагалища, клитор и девственная плева отечны. При вялом и хроническом течении гонореи на слизистой оболочке преддверия влагалища возникает очаговая гиперемия, в области

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

При поражении мочеиспускательного канала его наружное отверстие отечно, гиперемировано. Иногда наблюдается воспаление парауретральных протоков, что нередко является причиной рецидивов заболевания. В ряде случаев в воспалительный процесс вовлекается мочевой пузырь. При этом больные жалуются на боль внизу живота, болезненными частые мочеиспускания.

Инфицирование больших желез преддверия обычно одностороннее и сопровождается незначительным воспалением. Лишь в очень редких случаях образуются абсцессы железы.

Несмотря на то что **поражение тела матки и маточных труб** встречается редко, возможен переход гонококкового процесса на матку и выше, вследствие чего иногда развивается перитонит с тяжелыми последствиями. Возникновению восходящей гонореи у девочек могут способствовать нарушение гигиенических правил, нерациональное лечение, сопутствующие заболевания. Значительно чаще восходящая гонорея отмечается при хроническом течении заболевания. В последние годы участились случаи детского сальпингита, гонококковых перитонитов у девочек и молодых девушек, а также неясных форм аппендицита, которые приводят к развитию местного гонококкового перитонита. Лечение гонококкового перитонита у девочек зависит от общего состояния организма и вирулентности гонококков. Обычно

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

Восходящая гонорея наблюдается у 4 % больных с торпидным течением гонококкового процесса. При этом отмечаются субфебрильная температура, недомогание и нерезко выраженная боль в животе, дизурические расстройства. Вместе с тем в ряде случаев бывает острое течение заболевания с ознобом, высокой температурой тела (38 — 39 °С), рвотой, резкой болью в животе, перитонеальными явлениями. У девочек может иметь место персистенция гонококковой инфекции, характеризующейся болезненностью матки и тазовой брюшины.

Частые случаи **гонококковых поражений прямой кишки** обусловлены тем, что отделяемое влагалища, содержащее гонококки, легко затекает на слизистую оболочку прямой кишки. Клинически гонококковый проктит протекает асимптомно; иногда дети жалуются на жжение, зуд в заднем проходе. В испражнениях можно обнаружить примеси гноя и слизи. При ректоскопическом исследовании отмечают гиперемию, отек, кровоточивость слизистой оболочки прямой кишки, скопление гноя между складками в виде хлопьев, клочьев, полос или пленок, подобных дифтерийным. Ректальная гонорея — трудно поддающееся лечению, часто рецидивирующее заболевание, поэтому при малейшем подозрении на гонорейное поражение прямой кишки детей должен обследовать врач-венеролог.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Клиническая картина. (продолжение)

При гонококковом поражении глаз вначале наблюдаются покраснение, отечность и склеивание век. Из-под их краев или внутреннего угла глаза вытекает гной, конъюнктура глаза становится гиперемированной, набухает. Если своевременно не начать соответствующее лечение, существует вероятность изъязвления роговицы вплоть до ее перфорации, что может привести к полной слепоте.

Если во время родов лицо ребенка соприкасается с инфицированной слизистой оболочкой родовых путей матери, возникает вероятность **заражения слизистой оболочки носа и рта**. У детей через несколько дней после рождения появляются слизисто-гнойные выделения из носа; во рту, на поверхности губ, языка, десен и нёба обнаруживаются эрозии. В отделяемом из носа и язвенных поверхностях рта выявляют в значительном количестве гонококки. Нередко гонококковые поражения носа и рта сочетаются с гонококковым поражением глаз, среднего уха, гортани, трахеи, плевры или суставов.

У подростков часто встречается **фарингиальная гонорея**, так как из-за боязни забеременеть и заразиться часто практикуется орально-генитальный контакт путем фелляции. Симптомы при этом минимальны.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Диагностика.

Диагностика.

Гонорее у детей диагностируют на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, лабораторного обследования больных и лиц, находившихся с ними в контакте. Окончательный диагноз устанавливают только на основании обнаружения типичных гонококков в отделяемом из очагов поражения.

Диагностика гонореи у девочек.

Верификация гонореи базируется на результатах культурального исследования с определением ферментативных свойств *N.gonorrhoeae* (исследуется клинический материал уретры, влагалища, прямой кишки).

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Дифференциальная диагностика.

Гонорею дифференцируют с учетом поражений мочеполовых органов негонококкового происхождения. Прежде всего, нужно иметь в виду, что у девочек могут развиваться вульвовагиниты, вызываемые хламидиями, трихомонадами, стафилококками, энтерококками, дрожжеподобными грибами, протеем, эшерихиями и другими микроорганизмами. По клиническому течению эти заболевания напоминают гонорею, но при негонококковых воспалительных процессах в мочеполовых органах редко поражается мочеиспускательный канал и, как правило, в патологический процесс не вовлекается прямая кишка.

К инфекционным вагинитам, первоначально напоминающим гонококковый процесс, относятся и дифтерийные поражения влагалища. Для них характерны отек, синюшная окраска наружных половых органов, трудно снимающиеся серозно-белые налеты, иногда болезненные изъязвления в половой области. Общее состояние у таких детей может быть сравнительно хорошим, поэтому они опасны как источники распространения дифтерийной инфекции. К этой группе заболеваний следует отнести вагиниты при глистных инвазиях, когда острицы проникают во влагалище, инфицируют его и вызывают диффузное воспаление слизистой оболочки.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Дифференциальная диагностика. (продолжение)

При установлении диагноза следует учитывать, что у девочек, особенно с признаками железодефицитной анемии, во время полового созревания бывают интертригинозные воспаления, раздражение кожи половых органов и выделения из влагалища обильного серозного секрета, содержащего сапрофитные микроорганизмы.

Гонорее у детей следует также отличать от неспецифических: вагинитов, обусловленных нарушением обмена веществ (экссудативный или мочекислый диатез, эндогенное ожирение и т.п.). По клиническому течению вагиниты, развившиеся в результате внешних раздражителей (термических, химических, механических), напоминают гонококковые. Наиболее часто они связаны с мастурбациями и воздействием инородных тел. С помощью вагиноскопии можно обнаружить во влагалище инородное тело, которое явилось причиной воспалительных процессов, на первый взгляд напоминающих гонококковый вагинит.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Лечение.

Лечение детей проводится при обязательном участии педиатра.

Используют один из препаратов:

•**цефтриаксон** — 125 мг однократно внутримышечно (при массе тела менее 45 кг);

•**спектиномицин** — 40 мг на 1 кг массы тела (не более 2,0 г) однократно внутримышечно.

Лечение гонококковой инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения препаратов у взрослых. Однако следует учитывать, что использование фторхинолонов противопоказано детям до 14 лет. Препараты выбирают с учетом анамнестических данных (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость и исследование чувствительности гонококка к антибиотикам и т.д.).

Местное лечение проводят после лечения антибиотиками при наличии воспалительных явлений в мочеполовых органах. На острой стадии рекомендуют теплые сидячие ванночки из отвара ромашки или раствора калия перманганата (1 : 10 000) 2 раза в день по 10—15 мин. После ванночки наружные половые органы

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Лечение. (продолжение)

На подострой и хронической стадиях показано промывание влагалища через тонкий резиновый катетер раствором калия перманганата (1 : 6000) с последующей инсталляцией 1 — 2% раствора протаргола.

При простатите в прямую кишку вводят 10 — 20 мл 1 — 3 % раствора протаргола ежедневно в течение 5 — 6 сут.

При смешанной гонорейно-трихомонадной инфекции у девочек гонококки могут находиться внутри трихомонад. В таких случаях целесообразно лечить оба заболевания одновременно или сначала трихомониаз, а затем гонорею. В процессе лечения гонореи необходимо многократно проводить исследования на трихомонады, чтобы вовремя обнаружить сопутствующую трихомонадную инфекцию.

При выборе антибиотика, комбинации нескольких антибиотиков или сочетания антибиотиков в той или иной комбинации с сульфаниламидами определяют чувствительность гонококков к указанным антибактериальным препаратам, учитывают общее состояние организма, анатомо-физиологические особенности пораженного органа, длительность заболевания, стадию и характер гонококкового процесса и др.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Лечение. (продолжение)

Новорожденных, родившихся от матерей, больных гонореей, лечат при участии неонатологов. Рекомендуется проводить профилактическое лечение даже при отсутствии у таких детей признаков гонококковой инфекции. Применяют следующие препараты:

- ***цефтриаксон*** — 125 мг однократно внутримышечно;
- ***спектиномицин*** — 40 мг на 1 кг массы тела (не более 2,0 г) однократно внутримышечно.

Офтальмию новорожденных лечат при участии неонатолога, офтальмолога и невропатолога. Возможно использование цефтриаксона по 25 — 50 мг/кг (но не более 125 мг) 1 раз в сутки внутримышечно или внутривенно в течение 2 — 3 сут.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Прогноз и профилактика.

Прогноз. В основном прогноз благоприятный.

Профилактика. Для предохранения детей от заболевания гонореей необходимо осуществлять профилактические мероприятия в семье, детских учреждениях, родильных домах, своевременно выявлять беременных, больных гонореей, в женских консультациях.

- Дети должны спать отдельно от взрослых, иметь индивидуальный горшок, а также индивидуальные губки и мочалки для подмывания, индивидуальные полотенца.
- В детские учреждения следует принимать на работу персонал только после предварительного обследования врачом-венерологом, а в дальнейшем проводить такие обследования в установленные сроки.
- Медицинские работники должны осматривать гениталии у детей перед поступлением в детское учреждение и 1 раз в неделю во время нахождения там.
- В яслях у каждого ребенка обязательно должен быть индивидуальный горшок.
- Подмывают детей струей воды при помощи отдельного ватного тампона на корнцанге.
- Для обтирания половых органов применяют индивидуальные полотенца или салфетки.
- Персонал медицинских учреждений должен иметь отдельный туалет.

ГОНОРЕЯ У ДЕТЕЙ. Профилактика. (продолжение)

- Заболевших и подозреваемых на гонорею детей изолируют и направляют на консультацию к венерологу.
- Среди персонала детских учреждений и матерей проводят санитарно-профилактические осмотры со взятием мазков на гонорею.
- В родильных домах для профилактики офтальмии всем детям сразу после рождения дважды закапывают в глаза 30 % раствор сульфацил-натрия. Девочкам также обрабатывают половые органы.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита. Является инфекционным заболеванием. Возбудителем является вирус иммунодефицита человека – ВИЧ, который представляет собой нейро- и лимфотропный ретровирус. Заболевание характеризуется различными опухолями, вторичными оппортунистическими инфекциями с крайне тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом для жизни.

Дерматологическими проявлениями при ВИЧ-инфекции являются:

- 1) Сыпь (асимптомная, распространенная, симметричная), напоминающая сыпь при кори или сифилитическую розеолу. Локализация сыпи.
- 2) Геморрагические пятна, как при геморрагическом аллергическом васкулите.
- 3) Вирусные поражения кожи (герпесы, контагиозный моллюск и др.).
- 4) Себорейный дерматит.
- 5) Саркома Капоши.
- 6) Возникновение и обострение инфекционных и паразитарных дерматозов.
- 7) Герпес простой и герпес опоясывающий.
- 8) Герпетический проктит.
- 9) «Волосатая» лейкоплакия.
- 10) Стойкий кандидоз.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Возбудители ВИЧ-инфекции – ВИЧ-1 и ВИЧ-2 вызывают у человека одинаковые клинические проявления. Время между заражением и появлением признаков СПИДа составляет в среднем 10 лет.

Кожные заболевания у ВИЧ-инфицированных до развития иммунодефицита протекают типично и не требуют специальных методов лечения. С развитием же иммунодефицита их клиника и течение изменяются, в связи с чем возникают не только трудности в диагностике, но и лечении дерматоза.

Себорейный дерматит является одним из наиболее частых проявлений СПИДа и обычно начинается до развития других его симптомов. Тяжесть его коррелирует с нарастанием иммуносупрессии и ухудшением общего состояния больного. Процесс начинается с появления зудящих эритематозных пятен, покрытых жирными и гиперкератотическими чешуйками и корками серо-желтого цвета в области лица, волосистой части головы, паховых складок и разгибательных поверхностей верхних конечностей. На волосистой части головы он сопровождается толстыми грязно-серыми гиперкератотическими бляшками, которые могут сопровождаться нерубцовой алопецией. При СПИДе процесс может принять генерализованный характер или распространиться на весь кожный покров в виде интенсивно зудящих сливных эритематозных фолликулярных бляшек. При лечении используется 2%

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Простой герпес – частое заболевание больных СПИДом.

Герпесвирус может проявлять и усиливать субклиническую ВИЧ-инфекцию.

Герпетическая инфекция может иметь атипичную клинику и персистирующее тяжелое течение.

Сыпь нередко диссеминированная и без лечения приводит к формированию хронических язв во рту, на лице, в области половых органов и любом другом участке тела.

Язвы становятся глубокими и трудно поддаются лечению. Их течение еще больше усугубляется присоединением вторичной бактериальной инфекции. Тяжелые прогрессирующие и болезненные перианальные и ректальные язвы в первую очередь встречаются у мужчин-гомосексуалистов.

Хронические перианальные язвы, вызванные ВИЧ, ошибочно принимались за пролежни. Инфекция может широко распространяться, и ее можно спутать с другими болезнями, такими как импетиго.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Опоясывающий лишай может быть ранним симптомом СПИДа лиц, принадлежащих к группам риска.

Он часто встречается у больных до возникновения клинических проявлений СПИДа. Следует учитывать потенциальную воздушно-капельную передачу varicella и herpes zoster, особенно в помещениях, где большая часть больных иммуносупрессивна.

При вирусных поражениях кожи у лиц, инфицированных ВИЧ, используют ацикловир (внутрь или внутривенно). Существуют ацикловиррезистентные формы.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Часты различные формы грибковых поражений кожи.

Кандидоз рта и глотки встречается почти у всех больных часто как первый симптом СПИДа и указывает на прогрессирование заболевания.

Выделяют четыре клинические формы поражения рта и глотки:

- **молочницу** (псевдомембранозный кандидоз);
- **гиперпластический кандидоз** (кандидозная лейкоплакия);
- **атрофический кандидоз**;
- **заеду** (кандидозный хейлит).

На щеках и языке формируются бляшки, которые часто вызывают боль в горле и дисфагию. Инфекция может спускаться в пищевод.

Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов и легких развивается при выраженном иммунодефиците. Без лечения заболевание становится тяжелым, но поражения внутренних органов и фунгемии, как правило, не наступает.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Иногда встречаются **кандидозные онихии** и **рецидивирующий кандидозный вульвовагинит**.

Распространен **микоз** и **онихомикоз**, вызванные *Trichophyton rubrum*.

Причем **онихомикоз** встречается, как правило, в проксимальной подногтевой форме, сопровождающейся молочно-белым пятном в проксимальной части ногтевой пластинки, которая редко встречается у других людей.

Лечение грибковых поражений кожи и слизистых оболочек проводится **кетоназолом, орунгалом** и другими **системными антимикотическими препаратами**, которые не всегда предотвращают развитие рецидивов. В таких случаях требуется назначение повторных курсов лечения.

В резистентных и особо тяжелых случаях используют внутривенные вливания **миконазола** или **амфотерицина В**.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

СПИД-ассоциированная саркома Капоши клинически проявляется множественными и широко распространенными элементами как на коже, так и на слизистой оболочке. Заболевание, как правило, развивается у мужчин-гомосексуалистов и женщин, ВИЧ-инфицированных половым, а не шприцевым путем.

Вначале патологический процесс представлен слегка приподнятыми овальными или удлинёнными синюшно-фиолетовыми инфильтратами с нечеткими границами. Они чаще всего обнаруживаются на туловище, голове и шее и могут возникать в местах травмы (в том числе инъекции) по типу изоморфной реакции Кебнера или встречаться в дерматоме, ранее пораженном опоясывающим герпесом.

По мере быстрого прогрессирования процесса возникают красные или фиолетовые бляшки и узлы. Характерна генерализованная полилимфаденопатия.

В конечном итоге у большинства больных возникает специфическое поражение внутренних органов (в первую очередь желудочно-кишечного тракта). Гистологическая картина подобна классической форме саркомы Капоши.

Лечение проводится инъекциями α -интерферона.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Псориаз у ВИЧ-инфицированных протекает тяжело в виде генерализованного пустулезного псориаза или эритродермии, нередко с поражением ладоней. Обычно появление или обострение псориаза – плохой прогностический признак СПИДа.

У больных СПИДом также встречаются:

- **диссеминированный отрубевидный лишай** с развитием инфильтрации и лихенификации кожи;
- отдельные или широко распространенные **вирусные бородавки, контагиозный моллюск** и бактериальные инфекции кожи (чаще распространенные **стафилококковые и стрептококковые пиодермиты**, шанкриформная, хроническая язвенная, вегетирующая формы пиодермии);
- атипично протекающая **чесотка** с поражением лица, волосистой части головы, множественными гиперкератотическими шелушащимися бляшками на эритематозном фоне (норвежская чесотка), интенсивным зудом, трудно поддающимся лечению постскабиозным дерматитом;
- узловатая почесуха, злокачественные лимфомы кожи и др.

Сифилис у ВИЧ-инфицированных прогрессирует быстрее; до развития третичного сифилиса иногда проходит несколько месяцев.

ВИЧ-инфекция, кожные проявления (продолжение)

Лечение дерматозов у ВИЧ-инфицированных требует постоянного клинико-лабораторного контроля.

Дозы этиотропных препаратов при бактериальных, вирусных и грибковых поражениях должны быть более высокими, а курсы лечения более продолжительными и при необходимости повторными.

После достижения клинического выздоровления необходим профилактический прием этиотропных препаратов.

Больным с ВИЧ-инфекцией требуются психологическая поддержка и регулярное тщательное наблюдение.

Профилактика венерических болезней и ВИЧ-инфекции

Меры общественной профилактики.

К основным эпидемиологическим и диспансерно-профилактическим мероприятиям борьбы с ЗППП относятся:

- выявление, учет и лечение больных и источников заражения ЗППП,
- госпитализация больных с ранними манифестными формами и скрытыми формами сифилиса в первые сутки после установления диагноза,
- обследование всех лиц, находившихся в половом и тесном бытовом контакте с заболевшим,
- профосмотры декретированных групп населения и групп риска,
- обследование доноров,
- серологическое обследование на сифилис всех взрослых больных, находящихся на лечении в стационарах различного профиля,
- применение единых методов диагностики и схем терапии больных сифилисом и гонореей, утвержденных МЗ РФ,
- санитарно-просветительская работа.

Профилактика венерических болезней и ВИЧ-инфекции

(продолжение)

Индивидуальная профилактика осуществляется в пунктах профилактики и самостоятельно лицом, имевшим случайную половую связь.

К мерам первичной профилактики относятся мероприятия, адресованные здоровым: информирование населения об ИППП,

- работа с группами повышенного риска,
- содействие изменению их поведения,
- увеличение степени доступности презервативов.

Вторичная профилактика направлена на лиц с диагностированными ЗППП для снижения вероятности передачи возбудителя здоровым:

- улучшение качества диагностики и лечения ИППП,
- улучшение доступности, качества лабораторных услуг,
- эпидемическое лечение,
- массовое лечение,
- уведомление партнеров,
- скрининг на инфекцию,
- надзор за обязательностью регистрации случаев ИППП.

Территориальные санитарно-эпидемиологические службы совместно с КВД прослеживают динамику заболеваемости ИППП, разрабатывают противоэпидемические мероприятия и обеспечивают их качественное проведение.