

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Кафедра: «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»
4 курс

Цикл: ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ТЕМА 17 «Гонорея, гонорея девочек, гонобленорея»
(Учебно-методическая рекомендация для преподавателей и студентов
медицинских вузов)

ТАШКЕНТ-2010

СОСТАВИТЕЛИ:

1. Маннанов А.М. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии ТашПМИ;
2. Юлдашев М.А. – д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии ТашПМИ;
3. Мукаррамов М.А. – доцент кафедры дерматовенерологии ТашПМИ;
4. Рихсиев У.Ш. – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии ТашПМИ.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Арифов С.С. - д.м.н, профессор, заместитель директора РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз;
2. Бузруков Б.Т. - Д.м.н., Профессор, заведующий кафедрой офтальмологии ТашПМИ.

Учебно-методическая рекомендация обсуждена и утверждена на ЦМК ТашПМИ, протокол № _____ от _____ 2010 года
На Ученом Совете ТашПМИ, протокол № _____ от _____
_____ 2010года

Секретарь Ученого Совета
ТашПМИ, доцент, д.м.н.

Э.А. Шомансурова

Практическое занятие №17

Тема: «Гонорея, гонорея девочек. гонобленорея»

1. Место проведения занятия:

1. Учебный тематический кабинет кафедры.
2. Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов.
3. Больничные палаты.
4. Телевизор, видеоаппаратура, мультимедиа.

2. Продолжительность занятия

4 часа.

3. Цель преподавания:

Научить ВОП осуществлять диагностику и дифференциальную диагностику; профилактику и выбор оптимального варианта лечебной тактики.

Задачи обучения:

1. Рассмотреть современные представления о патогенетических механизмах развития гонореи;
2. Диагностические критерии, клинические проявления и дифференциальную диагностику;
3. Требования к ВОП и дерматологам при установлении диагноза и принципы направления в стационары или КВД;
4. Методы профилактики гонореи, принципы лечения и диспансеризация детей;

ВОП должен знать:

1. Способы и меры профилактики гонореи;
2. Клиническую картину гонореи;
3. Правила оказания экстренной медицинской помощи при гонореи;
4. Дифференциальную диагностику гонореи.

ВОП должен уметь:

1. Анализировать жалобы, анамнез и лабораторные анализы для диагностики гонореи;
2. Проводить дифференциально-диагностические критерии;
3. Вводить препараты (в.м., в.в., двухмоментно) и применять местно препараты различных форм;
5. Интерпретировать лабораторные и инструментальные данные (общий анализ крови, мочи, кала, витропрессия, дермографизм, двухстаканная проба и т.д.).

4. Обоснование темы:

Гонорея очень часто встречается в практике врача первичного звена здравоохранения. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику заболеваний кожи и слизистых. В случае

диагностики гонореи предстоит решать вопрос об определении группы больных, подлежащих лечению в условиях стационара, КВД или направлении в специализированные стационары. Это является основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

5. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН И ИХ РАЗДЕЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Анатомия и патологическая анатомия, гистология, нормальная и патологическая физиология, инфекционные заболевания, аллергология, фармакология и клиническая фармакология, экстренная педиатрия, реанимация.

6. СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

6.1. Теоретическая часть.

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: Гонорея, гонобленорея, гонорея девочек, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика и лечение.

Гонорея - это высокоинфекционное венерическое заболевание, вызываемое специфическим возбудителем -гонококком и передающееся обычно половым путём. Возбудители гонореи атакуют прежде всего мочеполовые органы (уретра, цервикальный канал, нижняя часть прямой кишки и др.). Гонорея, вызываемая микроорганизмом *Neisseria gonorrhoeae*, относится к высоко заразным заболеваниям. Повреждая слизистые оболочки мочеполовых органов с развитием местного воспаления, зачастую гонорея не имеет других видимых признаков.

Гонореей болеют люди любого возраста, пола, расы и социального статуса. По оценке экспертов ВОЗ, в мире ежегодно заболевают гонореей свыше 200 млн. человек. Высокая распространенность гонореи, в настоящее время, объясняется как особенностями возбудителя (в частности, увеличением устойчивости гонококка к лекарствам в связи с их самостоятельным бесконтрольным приемом), так и социальными факторами. Бурному росту гонореи также способствуют демографические сдвиги, увеличение количества беспорядочных случайных половых связей, рост проституции, гомосексуализма.



Однако группу более высокого риска составляют сексуально активные подростки и лица в возрасте 16 - 31 лет. Заболеваемость гонореей в этой группе ежегодно достигает 80% от общего числа зарегистрированных случаев заболевания. К группе повышенного риска также относят людей, не использующих презервативы, либо имеющих несколько половых партнеров.

Заражение гонореей происходит обычно половым путем, включая оральный и анальный секс. Также возможен бытовой путь передачи (гораздо реже) - гонококки при определенных условиях могут сохранять свою

жизнеспособность до 24 часов. Риск заражения гонореей даже после одного полового контакта с инфицированным партнером достигает 50-90%. Существуют различия преимущественной локализации гонорейной инфекции у женщин и мужчин. У женщин излюбленной локализацией гонококкового процесса является шейка матки, в то время как у мужчин гонорея первично поражает слизистую оболочку уретры. Признаками гонореи являются также гонококковые поражения слизистой полости рта и прямой кишки, что выявляется после орогенитальных или гомосексуальных контактов. Довольно часто инфицируются вместе с гонореей [хламидиозом](#), [сифилисом](#).

[Гонорея](#) передаётся почти исключительно половым путём. В отдельных случаях возможно внеполовое заражение гонореей через бельё, губки, полотенца, на которых сохранился невысохший гонорейный гной. Заражение гонореей новорождённого может произойти во время родов при прохождении плода через родовые пути больной матери. Без лечения больные гонореей длительное время являются источниками заражения. Хотя больные острой формой гонореи (при наличии островоспалительного процесса) обычно избегают половых связей.

У больных часто развиваются **осложнения гонореи**, которые приводят к тяжёлым последствиям. Различают следующие осложнения гонореи у мужчин: баланопостит; фимоз, парафимоз; кавернит; колликулит; стриктуры уретры; орхит; простатит; везикулит; литтреит; морганит; колликулит; тизонит; лимфангит; куперит; эпидидимит и др.

[Простатит](#) - воспаление предстательной железы (простаты). Острый гонорейный [простатит](#) встречается редко и проявляется выраженными симптомами [уретрита](#), учащением позывов к мочеиспусканию, пульсирующими болями в промежности, общим недомоганием, повышением температуры тела до 39 градусов. При хроническом гонорейном простатите отмечаются ноющие боли внизу живота и в промежности, слабая эрекция, преждевременная эякуляция, утрата оргазма. Эти патологические процессы приводят к развитию импотенции.

Эпидидимит при [гонорее](#) (воспаление придатков яичек) наблюдается довольно часто и возникает вследствие проникновения гонококков в придаток из предстательной части мочеиспускательного канала через семявыносящий проток. Гонорейный эпидидимит начинается внезапно с появления боли в области придатка яичка и в паховой области.

У больных наблюдаются повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, головная боль, слабость. При пальпации придаток увеличен, плотный и болезненный. Кожа мошонки напряжена, гиперемирована. Гонококковые поражения придатков приводят к образованию рубцов в протоках придатков яичек. В результате этого осложнения гонореи наступают азооспермия и

бесплодие. Гонорея при несвоевременном лечении может привести к более значительным осложнениям со стороны других органов – сепсису, артриту, менингиту, бесплодию.

В последнее время подходы к терапии гонорее претерпели серьезные изменения. В основном это связано с развитием устойчивости гонококков к антибиотикам пенициллинового ряда, которые в прошлом составляли основу лечения гонорее. Основное значение при лечении гонорее имеют антибиотики, оказывающие бактерицидное и бактериостатическое действие на гонококки. При острой свежей гонорее для получения терапевтического эффекта достаточно этиотропного лечения. Больным осложнённой, торпидной и хронической формами гонорее показана комплексная этиологическая и патогенетическая терапия. При установлении рецидива гонорее проводится дополнительное обследование на определение чувствительности к используемым препаратам.

Самолечение гонорее недопустимо. Это может привести к переходу гонорее в хроническую форму и возникновению необратимых процессов.

Лечение гонорее всегда должно проводиться строго под контролем врача. Доказательством успешно проведенного лечения гонорее является исчезновение клинической симптоматики и отсутствие выделения гонококков по результатам лабораторных методов исследования. Установление излеченности гонорее. Через 7-10 дней после окончания лечения гонорее проводят бактериоскопическое и бактериологическое исследование мазков на наличие гонококка со слизистой оболочки уретры. Во время лечения гонорее пациенты должны воздерживаться от половых отношений, соблюдать диету (ограничение острой, жирной, копченой пищи), употреблять продукты, содержащие бифидокультуры.

Самолечение гонорее приводит к тяжелым осложнениям.

У мужчин инкубационный период течения гонорее длится 2-15 суток. Первые симптомы гонорее появляются через 2-5 дней после сношения с больным партнером.

Признаки гонорее обычно проявляются остро. Сначала у больного гонореей ощущается дискомфорт в мочеиспускательном канале, через несколько часов появляются зуд, жжение и гнойные выделения желтовато - зеленого цвета.

У мужчин гонорея протекает в форме переднего или тотального гонорейного уретрита. Свежий острый передний гонорейный уретрит характеризуется режущими болями в начале мочеиспускания, обильными гнойными выделениями. Даже без лечения гонорее через 3-10 дней острый гонорейный уретрит становится подострым, симптомы гонорее ослабевают. При свежем остром тотальном гонорейном уретрите учащаются позывы на

мочеиспускание. При этой форме гонореи моча мутнеет, появляются резь и боль в конце акта мочеиспускания.

Хронический гонорейный уретрит протекает торпидно или бессимптомно. У женщин инкубационный период течения [гонореи](#) длится 1 - 3 недели, после чего симптомы гонореи обычно исчезают. Большой процент бессимптомного течения гонореи у женщин приводит к редкой выявляемости заболевания на ранних стадиях, и, как следствие, высокой частоте осложнений в виде воспалительных заболеваний органов малого таза (до 40%).

При появлении любых подозрительных симптомов в отношении гонореи следует, как можно быстрее, обратиться к врачу-венерологу. Вам может потребоваться консультация [уролога](#) (для мужчин), гинеколога (для женщин). Диагностика гонореи является быстрой и безболезненной процедурой. Диагностика гонореи основывается на следующих данных: анамнез заболевания, клиническая картина, обнаружение возбудителя.

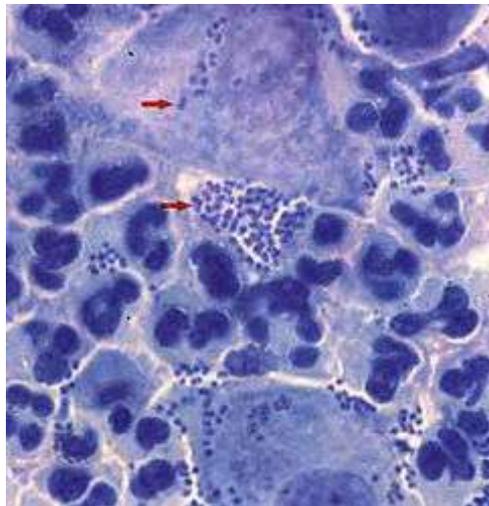
Решающее значение имеют лабораторные методы исследования гонореи. Лабораторная диагностика гонореи основана на методах выявления *Neisseria gonorrhoeae*: культуральном, микроскопическом исследовании окрашенных по Граму мазков, ПЦР и ЛЦР. Культуральный метод в настоящее время остается «золотым стандартом» диагностики [гонореи](#). Он заключается в посеве отделяемого из зоны воспаления на специальные среды и выделении чистой культуры, с последующим определением чувствительности микроорганизма к антибиотикам, его типированием.

Метод обладает высокой чувствительностью (до 95%) и специфичностью (более 95%). К недостаткам можно отнести его относительную трудоемкость, наличие специальных лабораторных условий, продолжительность роста культуры 48-72 часов. Микроскопическое исследование окрашенных по Граму мазков является быстрым, дешевым и простым методом диагностики гонореи. Однако точность метода зависит от квалификации врача-лаборанта. Его предпочтительнее использовать для диагностики гонореи у мужчин, где он дает более точные результаты.

Профилактика гонореи – моногамные отношения, использование барьерных методов (презервативы, хлоргексидин, мирамистин и др.). При частой смене половых партнеров рекомендуется регулярная диагностика инфекций передающихся половым путем (ИППП), то есть необходимо регулярно сдавать [анализы](#).

Профилактика гонореи включает просвещение лиц, относящихся к группам риска, о способах предупреждения заражения гонореей; выявления бессимптомно инфицированных гонореей лиц или лиц с симптомами ИППП. Для профилактики [гонореи](#) глаз у новорожденных проводят двухкратное закапывание в глаза 30% раствора сульфацила натрия, девочкам для

предотвращения заражения гонореей одновременно таким же раствором обрабатывают половые органы. Важное значение для профилактики гонореи имеет санитарно-просветительная работа венерологов, урологов и умение врача проводить сбор точного анамнеза сексуальной жизни пациента.



БЛЕНОРЕЙНЫЙ КОНЬЮНКТИВИТ (ГОНОБЛЕНОРЕЯ)

В настоящее время это тяжелое заболевание встречается редко, благодаря проведению профилактики, при которой сразу после рождения в конъюнктивальную полость закапывают однократно 2% раствор азотнокислого серебра без последующего промывания (метод Матвеева-Креде). В настоящее время закапывают раствор альбуцида 30%. Гонобленорея вызывается грамотрицательным диплококком Нессера. Заболевание может возникнуть у новорожденных при прохождении родовых путей матери или позже, вследствие контакта с больной матерью при несоблюдении ею правил личной гигиены, бывают случаи внутриутробного заражения. У взрослых при занесении гноя в конъюнктивальную полость при гонорейном уретрите.

Медицинский персонал может заразиться во время лечения таких больных или при приеме родов. Очень редко гонобленорея возникает метастатическим путем. Различают гонобленорею новорожденных, детей и взрослых. Гонобленорея новорожденных возникает на 2-й и 3-й день после рождения. Появляется отек век, очень значительный, веки плотные на ощупь. Лишь иногда с трудом их можно раскрыть. Конъюнктивита отечна и гиперемирована, легко кровоточит, на ней местами свернувшиеся хлопья фибрина. Отделяемое серознокровянистое. Это **первый период - период инфильтрации**. Через 3-4 дня наступает **второй период - гноетечения**.

Отек и инфильтрация век уменьшается, веки легко выворачиваются, появляется обильное гнойное отделяемое желтого цвета с зеленоватым оттенком. В мазке обнаруживаются гонококки. Слизистая глазного яблока остается отечна и валом окружает роговицу. Она сдавливает краевую петлистую сеть и нарушает питание роговой оболочки, поэтому этот период наиболее

опасен в смысле поражения роговицы. На роговице появляется инфильтрат, который распадается, образуя гнойную язву. Через 2-3 недели гной становится более жидким, уменьшается его количество. Но конъюнктив становится неровной, резко гиперемированной, в ней появляются сосочки и фолликулы. Затем количество гноя, набухлость и гиперемия конъюнктивы уменьшаются, и через 6-8 недель болезнь может благополучно закончиться.

Иногда болезнь затягивается, конъюнктив долго остается утолщенной, шероховатой с выделением гноя. Обычно у новорожденного поражаются одновременно оба глаза, и редко - один глаз.

Гонобленорея у взрослых и детей старшего возраста протекает более тяжело, чем у новорожденных и детская, нередко осложнения со стороны роговицы, суставов. Кроме того, может быть лихорадочное состояние. Детская гонобленорея, как правило, встречается у девочек. Заражение происходит от больной матери при несоблюдении правил личной гигиены. Гнойный конъюнктивит у детей может быть вызван пневмококком, кишечной палочкой, стафилококками, и по клинической картине он напоминает гонобленорею. Бактериологическое исследование дает возможность провести дифференциальную диагностику. Иногда при клинической картине бленореи гонококки не обнаруживаются, а в эпителиальных клетках находят особые клеточные включения, сходные с таковыми при трахоме. Это бленорея с включениями часто бывает на одном глазу и при ней почти никогда не бывает поражения роговицы.

Лечение: проводится с венерологом. Антибиотики и сульфаниламиды внутрь и внутримышечно, как при лечении гонореи. Местно назначают частое промывание глаз слабым раствором марганцевокислого калия или фурациллина, закапывание каждые 1-2 часа раствора натриевой соли бензилпенициллина в разведении 5000-10000 ЕД в 1 мл или растворы других антибиотиков, а также альбуцида, закладывание 1% тетрациклиновой мази 3 раза в день или мази из других антибиотиков. При язвах роговицы обязательны повторные бактериологические исследования мазков с конъюнктивы.

Гонорея у девочек, лечение

Гонорея (gonorrhoea) -инфекционное (возбудитель - гонококк) заболевание всего организма с преимущественным вовлечением в процесс слизистых оболочек органов мочевой и половой систем. У 3 из 4 заболевших девочек источником заражения оказывается больная мать, реже - другие родственники или обслуживающий персонал. Путь заражения в основном (90 %) вне-половой: через общую постель, судно, мочалку и другие предметы, загрязненные выделениями больного гонореей. По данным Ф. А. Зверьковой, 97,5 % детей заражаются вне детского коллектива, т. е. дома.

Заражение может произойти еще внутриутробно от больной гонореей беременной женщины. Гонококки проникают от матери в околоплодные воды через макроскопически неизмененные оболочки либо через нарушенный

плацентарный барьер. Известно, что увеличение патологической проницаемости оболочек и плаценты связано с предшествующим неспецифическим воспалительным процессом в названных провизорных органах, а также с дегенеративными изменениями в них при перенашивании, позднем токсикозе беременных и пр.

Изучен также вариант инфицирования новорожденного во время прохождения по родовым путям. Показательно, что в дальнейшем гонорея возникает преимущественно в возрасте 3-7 лет вследствие имеющихся анатомо-физиологических и бытовых предрасполагающих особенностей.

В более старшем возрасте заболеваемость гонореей снижается, причем в это время большое значение приобретает и половой путь заражения.

Гонококк, попав на слизистую оболочку половых путей, может распространяться путем перехода по протяжению (*per continuitatem*), по лимфатическим сосудам, реже - гематогенно.

Важно помнить, что 70 % девочек, заболевших гонореей, одновременно заболевают и трихомонозом. Иногда воспаление поддерживается еще и стафилококками или вирусами. Все это требует особой тщательности при проведении бактериологической диагностики, тем более, что иногда приходится дифференцировать гонококки от других кокков рода *Neisseria*. Современные модификации гонококка также затрудняют идентификацию.

Современная классификация гонореи включает свежую (острую, подострую, торпидную), хроническую и хроническую обостренную.

Гонорею называют свежей, если длительность заболевания не превышает 2 месяцев; хронической, если длительность заболевания превышает 2 месяцев или если не представляется возможным уточнить продолжительность патологического процесса.

Острое течение - наиболее типичный вариант свежей гонореи; оно встречается, по данным Ф. А. Зверьковой и др., в 74,5 % случаев гонореи у детей; подострое течение - в 16,1 %, торпидное - в 6,7 %. Хроническая гонорея составила всего 2,7 %.

При отсутствии лечения примерно через 1,5-2 месяца четко очерчивается очаговость процесса, имевшего до этого диффузный характер. С этого же времени гонорея приобретает латентное течение и называется «хронической». Последняя под влиянием различных причин может обостряться.

Иногда говорят о бессимптомном варианте клинического течения гонореи. Этот термин нуждается в уточнении. При субъективно асимптомной форме гонореи в таких случаях имеют место объективные признаки воспаления и в отделяемом

обнаруживают гонококк, в то время как при гонококконосительстве признаков воспаления нет.

У девочек чаще всего встречается нисходящая гонорея: вестибулит, бартолинит (не ранее 5-летнего возраста), кольпит, эндоцервицит. В отличие от взрослых у девочек гонококк проявляет тропизм не только к цилиндрическому, но и к многослойному плоскому эпителию половых путей. С наступлением менархе опасность развития восходящей гонореи (эндометрит, сальпингит, пельвиоперитонит) увеличивается.

Клинические проявления гонореи у девочек имеют ряд особенностей. Так, независимо от локализации гонореи, на первый план нередко выступают симптомы раздражения гонотоксином ЦНС: раздражительность, бессонница, снижение аппетита. Лихорадка бывает сильно выраженной. Одной из самых характерных черт гонореи у девочек считают многоочаговость поражения, т. е., помимо воспаления половых органов, гонорейный процесс распространяется на уретру (в 96 %), прямую кишку (до 90 %), слизистые оболочки носа, глаз. Вместе с тем у детей почти не диагностируют гонорейных артритов и миозитов.

Гонококковый перитонит встречается реже (1%), чем у взрослых. Характерен тазовый отграниченный перитонит, поскольку гонорейный процесс имеет склонность к образованию спаек. Общее состояние не всегда бывает тяжелым, однако неблагополучие в брюшной полости заставляет производить чревосечение по предварительному диагнозу: аппендицит, перекрут кисты яичника и т. п.

Диагностика гонореи. Правильной диагностике способствует указание на неблагополучный эпидемиологический анамнез, а также жалобы на гнойные бели и дизурию.

Ценным в диагностическом отношении является гнойный и обильный характер белей. Гной из влагалища, стекая на промежность и соприкасающиеся поверхности бедер, раздражает кожу, приводя к мацерации и инфицированию прямой кишки.

Кожа больших и малых половых губ, слизистая преддверия отечны, гиперемированы. При хронической форме гонореи можно наблюдать разрастание остроконечных кондилом.

Вагиноскопия при свежей гонорее позволяет констатировать отечность и гиперемию слизистой, выстилающей влагалище и влагалищную часть шейки матки. Хронической гонорее свойственны бледные слизистые с очагами гиперемии.

Гонорейный уретрит сопровождается болезненностью мочеиспускания,

отечностью наружного отверстия мочеиспускательного канала и гнойным отделяемым из уретры (особенно во время влагалищных манипуляций, например при вагиноскопии). В хронической стадии ни одного из названных симптомов может не быть.

Гонорейный проктит распространяется на небольшой (3-4 см проксимальнее сфинктера) отрезок прямой кишки. При этом иногда имеются жалобы на зуд в области ануса, болезненность при дефекации и появление примеси гноя в стуле. Осмотром устанавливаются отечность и гиперемия складок вокруг заднего прохода; нередко видны трещины и гнойное отделяемое.

Окончательный диагноз гонорее устанавливается лишь тогда, когда хотя бы из одного очага удастся выделить (бактериологически либо бактериоскопически) гонококк. Взятие мазков теряет смысл, если в течение предшествующих 3-4 дней проводилась антибиотикотерапия.

Поскольку единственным условием диагностики гонорее является идентификация в мазках гонококка (а это возможно при остром процессе), то при торпидном или хроническом течении заболевания приходится прибегать к провокации. У детей допускается химический вид провокации (смазывание слизистых перекисью водорода, водным или глицериновым 1 % раствором Л гоголя, 0,5-1 % раствором серебра нитрата), физический же (длительная диатермия) почти не применяется. Существует еще и биологический вид (поливалентная гоновакцина - 1 500 000- 2 000 000 микробных тел), который не применяется в возрасте младше 3 лет. Практически провокация заключается в комбинации химического и биологического вариантов. Вслед за этим из отделяемого всех возможных очагов делают мазки с периодичностью 24, 48 и 72 ч с целью проведения бактериоскопического исследования. Одновременно берется материал для осуществления культуральной диагностики, которая у девочек особенно показана ввиду затруднительной идентификации гонококка одним лишь бактериоскопическим методом и дополнительных сложностей с выявлением источника заражения.

С наступлением периода полового созревания естественной провокацией служат месячные. Мазки берутся в течение 3 дней начиная со 2-го дня цикла; на 4-й день цикла делают посев отделяемого на специфическую среду асцит-агар.

Серологические реакции на гонорею в настоящее время отступили на второй план либо вовсе не применяются, за исключением реакции Борде - Жангу, которая в отдельных сомнительных случаях хронической формы гонорее будет указывать (в положительном варианте) на то, что от момента заражения прошло не менее 3-4 недель.

После подтверждения диагноза гонорее врач должен заполнить специальное извещение («Извещение о венерическом больном», учетная форма № 281). Если

при лабораторном обследовании гонококк не обнаружен, а анамнестические, эпидемиологические и клинические данные позволяют заподозрить гонорейную этиологию воспаления, то такие случаи учитываются как подозрительные на гонорею (продолжаются попытки уточнить диагноз, нередко предпринимается специфическое лечение, учетную форму № 281 не заполняют).

Лечение гонореи. Лечение должно быть комплексным; оно состоит из вакцинотерапии, антибиотикотерапии, местного лечения, витаминотерапии, общеукрепляющих и десенсибилизирующих средств. В отличие лечения гонореи у взрослых женщин, у детей раннее применение тепловых и других физиотерапевтических процедур не практикуется. Лечение проводят в условиях стационара; в некоторых городах заболевшие дети помещаются в специализированную детскую дерматовенерологическую больницу. Режим вначале строго постельный.

В острой стадии свежей гонореи лечение начинают с антибиотикотерапии, прибегая к бензилпенициллину в дозе от 2 млн. ЕД до 3 млн. ЕД на курс. Препарат вводится разовыми дозами по 50 000-200 000 ЕД (в зависимости от возраста) с интервалом в 4 ч круглосуточно. В отдельных случаях приходится пересматривать дозы антибиотиков в сторону увеличения.

Имеется положительный опыт применения таких антибиотиков, как метациклин, экмоновоциллин, левомецетин. В случае комбинированного применения антибиотиков (при неэффективности предшествующего лечения) сохраняются дозы первоначального варианта. При непереносимости антибиотиков или после безуспешной пенициллинотерапии применяют сульфаниламиды пролонгированного действия: сульфамонетоксин или сульфадиметоксин.

Местное лечение в остром периоде сводится к гигиеническим мероприятиям и сидячим ванночкам с отваром ромашки в концентрации 10,0 на 1 л кипяченой воды (по 15 мин 2-3 раза в день). После стихания острых явлений допустимо орошение влагища раствором калия перманганата (1 : 20 000).

Несколько иначе выглядит схема лечения в тех случаях, когда имеется свежая торпидная или хроническая гонорея, а также при неэффективности уже проведенного курса антибиотикотерапии. Все названные варианты предполагают проведение антибиотикотерапии лишь после окончания вакцинотерапии. Противопоказаниями к вакцинотерапии являются ранний возраст (до 3 лет) и наличие аллергических проявлений, анемии, активного туберкулеза, менструаций.

Поливалентная вакцина вводится 4-7 раз с интервалами в 3-4 дня внутримышечно. Начинают с дозы 50 млн. микробных тел (титр указан на каждой ампуле). Последующая доза в 1,5 раза превышает предыдущую. При

наличии выраженной реакции дозу не увеличивают либо вовсе прекращают этот вид лечения. Различают четыре вида реакции на введение гоновокцины: местную (болезненность в месте инъекции), очаговую (усиление белей, помутнение мочи и т. п.), температурную и общую (недомогание, общая слабость, головная боль). Максимальная однократная доза при проведении лечения гоновокциной - 500 млн. микробных тел.

При подострой, торпидной и хронической стадиях гонореи одновременно с общим лечением проводится и местное, которое включает промывание влагалища раствором калия перманганата (1:15 000) посредством тонкого резинового катетера и инсталляцию протарголом (1-2 %) или серебра нитратом (0,25-1 %). Инсталляция влагалища нитратом серебра проводится через 2 дня.

Одновременно в наружное отверстие мочеиспускательного канала закапывают с помощью глазной пипетки по 3-4 капли протаргола (0,5-2%) или серебра нитрата (0,25-0,5 %) через день.

Девочке, у которой, кроме того, имеется поражение прямой кишки, в ампулу последней ежедневно вводят 10-20 мл 1 - 3 % раствора протаргола; курс лечения - 5-6 дней.

Рецидивирование гонорейного вагинита диктует необходимость провести вагиноскопию (с целью обнаружения признаков воспаления, полипов, кондилом, инородного тела). Вслед за этой манипуляцией следует начать регулярное смазывание слизистой оболочки влагалища и при надобности - шейки матки раствором Люголя в глицерине, или 10 % раствором ихтиоглицерина, или, наконец, 2 % раствором протаргола.

Если под влиянием такого лечения через 5-7 дней уменьшается воспаление и в мазках исчезают гонококки, то через 10 дней можно приступить к констатации излеченности.

Констатация излеченности. Критерии излеченности следующие: нормализация клинической картины и стойкое исчезновение гонококков в отделяемом после трех провокаций с интервалом в 10 дней.

Провокация комбинированная, состоит из введения гоновокцины (150-200 млн. микробных тел), смазывания слизистой влагалища и вульвы раствором Люголя в глицерине, закапывания в уретру 2-3 капель 0,5 - 1 % раствора серебра нитрата и смазывания нижнего отрезка прямой кишки 1 % раствором этого же препарата. На 2, 3-й и 4-й дни после провокации берут мазки из влагалища, уретры и прямой кишки (хлопья в промывных водах).

Если школьниц выписывают из стационара сразу по окончании лечения (излеченность проверяется в амбулаторных условиях), то дошкольниц

оставляют в стационаре в течение месяца по окончании лечения.

Срок наблюдения удлиняется до 1,5 месяцев в случаях торпидного или хронического течения заболевания, причем, помимо неоднократного бактериоскопического, производят и культуральное исследование. Менструирующую девочку дополнительно приглашают для взятия контрольных мазков во время месячных.

Если источник заражения не выявлен, то девочка находится на диспансерном наблюдении в течение 6 месяцев; за это время имеется возможность исключить сифилис. В школу она допускается после первого контроля.

Лечение девочек, больных гонореей

Отделяемое для бактериоскопического и бактериологического исследования берется из уретры, влагалища и прямой кишки. Девочка перед исследованием не должна мочиться 2-3 часа. Материал из уретры и влагалища лучше всего брать тупой ложечкой Фолькмана. Гладкой стороной ложечки, введенной во [влагалище](#), массируется [уретра](#), а затем обратной стороной ложечки берется отделяемое уретры, наносится на предметное стекло. Влагалищное отделяемое следует брать из заднего свода.

Патологический материал из прямой кишки лучше всего брать из промывных вод. Если в первичных мазках и посевах гонококки не найдены, прибегают к провокации (химической, алиментарной, а также биологической - гоновакцина вводится детям старше 3 лет). Все девочки, бывшие в контакте с больными гонореей членами своей семьи, подлежат обязательному исследованию на гонорею. Нельзя ограничиваться осмотром, чтобы не пропустить торпидную гонорею. Если у членов семьи свежая [гонорея](#), девочки подлежат однократному осмотру, а также бактериоскопическому и бактериологическому исследованию отделяемого всех возможных очагов гонококковой инфекции. Если у членов семьи определена хроническая [гонорея](#), девочки подлежат исследованию с комбинированной провокацией, последующим трехдневным взятием мазков и бактериологическим исследованием. В дальнейшем тактика врача зависит от результатов лабораторных исследований. При обнаружении гонококков девочек необходимо лечить в стационаре. Если больной [ребенок](#) посещал детское учреждение (сад, ясли), в 3 дня необходимо осмотреть всех девочек, бывших с ним в контакте. Всем девочкам с явлениями вульвовагинита необходимо провести лабораторные исследования на гонококки.

Девочки, отсутствовавшие в учреждении в день проверки, не допускаются в него без врачебного осмотра. Спустя 10 дней лабораторное исследование повторяется. Девочки, перенесшие гонорею, не допускаются в детские сады и ясли до снятия с учета. В школу они допускаются после первого контроля.

Девочки, у которых клинически определяются признаки вульвовагинита или в мазках обнаруживается большое количество лейкоцитов, обязательно подвергаются противовоспалительному лечению и в детский коллектив допускаются после ликвидации вульвовагинита.

Если [гонорея](#) выявлена среди работников детских учреждений (садов, яслей), дерматовенерологу необходимо в 3 дня исследовать на гонорею всех девочек, бывших с ними в контакте (если больна воспитательница или няня, то исследуют детей соответствующей группы, если болен работник кухни, заведующая или медицинская сестра - детей всех групп), а мальчиков - по клиническим показаниям. Повторно все дети осматриваются спустя 10 дней. Все заболевшие работники детских учреждений не допускаются к работе с детьми до снятия с учета.

Акушер-гинеколог или дерматовенеролог, обнаруживший у девочки свежий [вульвовагинит](#), должен провести у нее однократное лабораторное исследование на гонорею или комбинированную провокацию с трехдневным взятием мазков, если выявит [хронический вульвовагинит](#). Если в мазках гонококки не обнаружены, но в них большое количество лейкоцитов и скудная микрофлора, следует заподозрить гонорею. Девочкам, у которых получены такие мазки, наряду с местным лечением необходимо назначать курс антибиотико- или сульфаниламидотерапии. Вместе с ребенком, больным вульвовагинитом, в обязательном порядке нужно обследовать и его мать.

В последние годы регистрируются случаи гонорейного поражения [глаз](#) (бленореи) у новорожденных из-за плохого обследования на гонорею беременных женщин и погрешностей при проведении медикаментозной профилактики гонобленореи. Поэтому необходимо тщательно исследовать на гонорею всех беременных женщин, а новорожденным сразу после рождения обрабатывать глаза и половую [щель](#) (девочкам).

При появлении гнойных выделений из [глаз](#) новорожденного следует до назначения ему лечебных процедур сделать мазки и посевы выделений для исследования на гонококки. В случае определения гонореи у родильницы новорожденному обязательно проводится профилактическое лечение антибиотиками.

На всех детей, у которых выявлены гонорейные поражения, заполняют экстренные извещения и непременно таких больных госпитализируют.

Общие принципы лечения гонореи у детей такие же, как и у взрослых. Специальное лечение заключается в применении антибиотиков, местных и иммунобиологических средств. Прежде всего необходимо улучшить общее состояние больного ребенка: назначить витамины, [рыбий жир](#), [средства](#) против анемии, правильный режим.

Дифференциальная диагностика гонококковой и негонококкового уретрита

Признаки	Уретрит гонококковой этиологии	Уретрит негонококковой этиологии
1. Фактор вызывающий заболевание	гонококки	Различные кокки, диплококки, тетракокки, стафилококки, стрептококки и т.д.
2. Анамнез	Начало заболевания связывает с половым контактом с незнакомой или малознакомой женщиной.	Начало заболевания конкретно нечем не может связывать. Посторонние половые контакты отрицает
3. Характер поражения	Часто начинается и протекает остро с жжением и болезненностью во время мочеиспускания.	Часто протекает подостро с незначительными выделениями и субъективными ощущениями.
4. Заболевание преимущественно наблюдается	Любом возрасте	У взрослых

Дифференциальная диагностика переднего и тотального гонококкового уретрита

	Передний гонококковый уретрит	Тотальный гонококковый уретрит
1. Какая часть уретры поражается	Только передняя	Поражается весь уретра
2. Двух стаканная проба	В первом стакане моча мутная, вторая чистая	В обе стакане моча мутная
3. Характер субъективных ощущений	Жжение и болезненность в начале мочеиспускания	Жжение и болезненность в начале и в конце мочеиспускания
4. Осложнение	Менее осложняется	Часто дают различные осложнения

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «Круглого стола».

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Круглого стола»

1. Выбор темы: Нозологические формы гонореи.
2. По кругу пускается лист бумаги с заданием.

3. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
4. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают.
5. По количеству правильных ответов – оценивают знания студентов.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- Свежий острый передней гонококковый уретрит.
- Хронический тотальный гонококковый уретрит. Подострый течение.
- Хронический гонококковый уретрит, эндоцервицит, эндометрит.
- Острый уретрит, вульвовагинит гонококковой этиологии.
- Гонобленорея
- Хронический тотальный гонококковый уретрит, Осл: катаральный простатит.

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания “Ручка в центре стола”

1. Выбор темы: Клиническая картина “Хронический тотальный гонококковый уретрит, Осл: катаральный простатит”
2. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- основная жалоба больного – выделение из мочеиспускательного канала особенно по утрам,
- боли в области промежности усиливающиеся во время дефекации.
- снижение потенции
- при бактериоскопии мазка приготовленной из отделяемого уретры обнаруживаются гонококки.
- при пальпации простаты через прямую кишку плотный, болезненный и увеличен в размере.
- при анализе сока простаты обнаруживаются эритроциты, лейкоциты и снижается количество лейцитиновых телец.
- объем сока простаты уменьшается.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. В родильном доме у новорожденного на 2 день жизни из левой глазной щели началось выделяться серозно-гнойное жидкость, на следующий день количество гноя увеличилось и такое же изменение появилось в правом глазе. При осмотре веки отечные, склеры глаз гиперемированы, сосуды расширены, при давлении по боком глазных яблок отмечается гнойное отделяемое. Ребенок беспокойный, плохо спит.

1. О каком диагноза можно думать?
2. Для уточнения диагноза какие исследования надо провести?
3. Назовите возбудителя заболевания?
4. Ваша врачебная и лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Гонобленорея.
2. а). Из отделяемой глазной щели приготовить мазок, окрашивать по Грамму и провести бактериоскопию. б). Из отделяемого из уретры, цервикального канала и влагалища матери приготовить мазок и бактериоскопировать.
3. Внутри и внеклеточные диплококки (гонококки).
4. Надо вызывать венеролога и ребенку с матерью перевести кож-венерический диспансер.

2. К приему врача обратился мужчина 32 года, женат с жалобами на незначительное жжение и болезненность при мочеиспускании. Бильным себя считает последней 3-4 дня, когда утром во время мочеиспускания заметил незначительное жжение, на следующий день утром заметил слизистое отделяемое из уретры и появилось с жжением еще болезненность в начале мочеиспускания. Занималось самолечением сделал местные ванночки с марганцовкой, после чего выделение незначительно уменьшалось, но по утрам имеется гнойное отделяемое в связи чего и обратился венерологу. Со слов больной 15 дней тому назад был в половом контакте в пьяном состоянии малознакомой женщиной, другие половые контакты отрицает

1. О каких заболеваниях можно думать?
2. Какие обследования надо провести и на какие инфекции?
3. Здесь есть необходимость провести провокацию? Если да то каким образом?
4. Объем работы венеролога при данном случае?

Эталон ответа:

Можно думать о гонорее, трихоманиазе, кандидозе, хламидии, микоплазме и о неспецифическом уретрите.

а). Надо приготовить мазок из отделяемой уретры, после окрашивания по Грамму бактериоскопировать, б). Провести параллельное обследование на все инфекции передаваемые половым путем с помощью ПЦР.

Отделяемое из уретры скудное в связи, чем необходимо провокация (алиментарная).

Полное обследование больного на ЗППП. Обследовать всех членов семьи на заболевание выявленной у больного. Найти и обследовать половых партнеров больного.

3. На прием венеролога обратилась девушка 19 лет с жалобами на болезненность при мочеиспускании и гнойное выделение из половой щели. Первые признаки появились 2- дня тому назад. Свою заболелание связывает с изнасилованием 10 дней тому назад.

При осмотре наружное отверстие мочеиспускательного канала гиперемировано отечная, из уретры отделяется гной зеленовато-желтого цвета, такое выделение видно из цервикального канала при зеркальном осмотре. Лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная. Больная не замужем.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Составьте план обследование больного?
3. Врачебная тактика при лечении и ведении больного.

Эталон ответа:

1. Можно думать о гонорее, трихомониазе, хламидиозе, кандидозе.
2. Бактериоскопическое исследование мазка приготовленный из стенки уретры, вагины и. цервикального канала.

Установит источника заболевания здесь невозможно по этому после специфической лечения больного необходимо проводить превентивное лечение на сифилис.

Тесты.

1. Методы провокации при гонорее (указать неверный ответ) :

- A. Искусственная.
- B. Алиментарная.
- C. Биологическая.
- D. Химическая.
- E. Физическая

2. Основные профилактические меры при венерических заболеваниях:

Все перечисленные

Защищенный секс

Избежание беспорядочных половых контактов

Пользование услугами анонимного обследования

Разъяснительные работы среды населения

3. Возбудитель гонорее – гонококк – относится:

- A. К парным коккам грам-отрицательным
- B. К парным коккам грам-положительным
- C. Коккобацилам грам-отрицательным
- D. Коккобацилам грам-вариабельным
- E. К парным коккам грам-вариабельным

4. Наиболее частой причиной рецидивов гонорее является ассоциация гонококков с:

- A. Хламидиями
- B. Дрожжевым мицелием
- C. Трихомонадами
- D. Уреаплазмой
- E. Гарднереллами

5. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки выстланные:

- A. Цилиндрическим эпителием
- B. Переходным эпителием
- C. Многослойным плоским неороговевающим эпителием
- D. Кубическим эпителием
- E. Многослойным плоским ороговевающим эпителием

6. Различают следующие клинические формы гонореи, кроме:

- A. Латентной
- B. Свежей подострой
- C. Свежей торпидной
- D. Свежей острой
- E. Хронической

7. Длительность инкубационного периода при гонорее чаще всего составляет:

- A. 5-7 дней
- B. 3-4 дня
- C. 1-2 дня
- D. 8-10 дней
- E. 10-14 дней

8. У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма:

- A. Свежая торпидная и хроническая
- B. Свежая подострая
- C. Острая восходящая
- D. Свежая острая
- E. Хроническая восходящая

9. Для реинфекции гонореей характерно все перечисленное кроме:

- A. Сохранения клинических проявлений после лечения
- B. Отсутствия гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения
- C. Полноценного ранее проводимого лечения
- D. Клинического выздоровления после лечения
- E. Указания на половые контакты с нелеченым партнером

10. При остро протекающих рецидивах лечение проводится:

- A. Другими антибиотиками широкого спектра

- В. Пирогеналом
- С. местнодействующими средствами
- Е. Гоновакциной

6.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике.

1. осмотр пациентов, больных гонореей.
2. интерпретация лабораторно-инструментальных данных заболевания.

7. Критерии оценки текущего контроля

9. Критерии оценки занятия.

Отлично 86-100 балл	Заключение и выводы. Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала	Студент должен иметь полные сведения о возбудителе гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике. Должен знать методы провокации, используемые при гонорее (алиментарная, химическая, физическая, биологическая, механическая, физиологическая), клиническое течение гонореи у девочек и гонобленорреи.
Хорошо 71-85 баллов	Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Студент должен иметь общие сведения о возбудителе гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике. Должен знать методы провокации, используемые при гонорее (алиментарная, химическая, физическая, биологическая, механическая, физиологическая), клиническое течение гонореи у девочек и гонобленорреи.
Удовлетворительно 55-70 баллов	Правильное мышление и объяснение материала.	Студент может с трудом рассказать о возбудителе гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике. Имеет поверхностное представление о методах провокации, используемые при гонорее (алиментарная, химическая, физическая, биологическая, механическая, физиологическая).
Неудовлетворительно менее 55 баллов	Не имеет понятия	Не имеет понятия о возбудителе гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном

		диагнозе, лечении и профилактике. Не знает методы провокации, используемые при гоноррее (алиментарная, химическая, физическая, биологическая, механическая, физиологическая)
--	--	---

8. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30-10.00	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству. Клинический аудит выписывающихся больных.	Истории болезни с данными лабораторно-инструментальных исследований	1ч30 мин
10.05-11.00	Теоретический разбор темы: дерматиты, аллергодерматозы, себорея, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Тактика ВОП. Принципы преподавания темы.	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “тур по галерее”. Решение ситуационных задач по теме с оценкой аналитических способностей студентов.	Папка с ситуационными задачами, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	55 мин
11.05-11.55	Курация больных в отделении дерматологии.	Каждый студент курирует больных определенной палаты венерологического отделения.	Больной, фонендоскоп, тонометр, рентгенограммы, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	50 мин
11.55-12.50	Перерыв			45 мин
12.40-14.10	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия, анализ данных лабораторно-инструментального	Больной, фонендоскоп, тонометр, рентгенограммы, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	1ч30 мин

		<p>исследования, обоснование предварительного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.</p>		
--	--	--	--	--

Литература

1. Арифов С.С., Эшбоев Э.Х. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент., 1997й. Б.350.
2. Ваисов А.Ш. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент., 2004. Б.316.
3. Владимирова В.В.. Диагностика и лечение кожных болезней. Финляндия 1995 г.
4. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К., Борисенко К.К., Г.Д. Селицкий, А.А. Кубанова. Справочник дерматовенеролога. Ташкент., 1992 г.
5. Кулага В.В., И.М. Романенко. Лечение заболевание кожи. Киев. 1998 г.
6. Лечение кожных болезней. Под редакцией проф. А.Л. Машкилейсон, Москва , 1996 г.
7. Мордовцева В.Н., Г.М.Цветковой. Патология кожи I.II часть. Москва “Медицина” 1993 г.
8. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Москва. 1999г.
9. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Прохоренков В.И. Дерматологическая синдромология. Красноярск 1998 с-282.
- 10.Скрипкин Ю.К., Мордовцова В.Н. Кожные и венерические болезни. Москва., 1999г. Т. -1; 2. С.878.
- 11.Фицпатрик Т., В.Джонсон, К.Вульф, М.Палоно, Д.Сюрманд. Дерматология атлас - справочник М. 1999 г.