

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**  
**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ И СРЕДНЕМУ  
МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**  
**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК**

**(ВОЗБУДИТЕЛЬ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА)**

**АНДИЖАН – 2005**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**  
**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ И СРЕДНЕМУ  
МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**  
**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**« УТВЕРЖДАЮ »**  
**Директор Учебно-методического  
кабинета МЗ Р Уз., доцент**  
**Т.С. САИДОВ**

«                » 2005 г.

## ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК

## (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

АНДИЖАН - 2005

**Учреждение – разработчик:** Андижанский Государственный Медицинский Институт.

**Составители:**

Киличев Р.М. – доцент кафедры дерматовенерологии АндГосМИ, кандидат медицинских наук.

Пакирдинов А.Б. – доцент кафедры дерматовенерологии АндГосМИ, кандидат медицинских наук.

Валиханов У.А. – ассистент кафедры дерматовенерологии АндГосМИ.  
Хасанова М.Т. - ассистент кафедры дерматовенерологии АндГосМИ.

**Рецензенты:**

1. Шадиев Х.К. – заведующий кафедрой дерматовенерологии ТашПМИ, профессор, доктор медицинских наук.

2. Мирзаев К.М. – заведующий кафедрой инфекционных болезней АндГосМИ, профессор, доктор медицинских наук.

**В данной работе представлены современные сведения об патогенезе заболевания, возбудителе, клинике, диагностике, лечении и профилактике. Методические рекомендации предусмотрены для врачей гинекологов, дерматологов и педиатров.**

## ВВЕДЕНИЕ

Гонореей называется венерическая болезнь, вызываемая гонококком Нейссера (*Neissera gonorrhoeae*). Этот возбудитель в процессе эволюции приспособился паразитировать преимущественно на слизистых оболочках, покрытых цилиндрическим эпителием. Поэтому, в отличие от сифилиса, гоногейный процесс большей частью ограничивается мочеполовыми органами, нередко поражает прямую кишку, иногда – конъюнктиву глаз, и лишь в исключительных случаях инфекция приобретает генерализованный характер (гонококковый сепсис с бактериальными метастазами в суставы и другие органы).

Острое воспаление уретры и шейки матки у девочек обычно сопровождается выделением наружу гноя. Именно это дало основание Галену во II веке нашей эры ввести термин «гонорея». Хотя такое название дает неправильное представление о сущности заболевания (точный перевод «семятечение» – от греческого *gone* – семя, *rhoia* – истечение), оно сохранилось до нашего времени, полностью вытеснив употребляющиеся ранее как синонимы термины «бленнорея», «перелой», «триппер». И только открытие в 1879 году немецким ученым Нейссером в гное больного уретритом особого микроорганизма позволило с научной достоверностью выделить гонорею как самостоятельное венерическое заболевание.

## ВОЗБУДИТЕЛЬ

Возбудитель заболевания – гонококк, был открыт в 1879 году Альбертом Нейссером и является диплококком. Каждый кокк имеет углубление, придающее ему сходство с бобом или кофейным зерном, размером около 1,5 мкм в длину и 0,75 мкм в ширину. Кокки располагаются по – парно, вогнутой стороной друг к другу и никогда не соприкасаются друг с другом в силу наличия у них капсулы. Гонококки располагаются кучками наподобие роя пчел, главным образом внутри лейкоцитов, но могут встречаться и вне их. Это зависит от клинических проявлений заболевания и

способа взятия материала. Внутриклеточно гонококки чаще обнаруживаются при острой, реже – при хронической гонорее.

В тканях гонококки располагаются вне клетки и поглощаются лейкоцитами только на поверхности слизистой оболочки в свободном гное. Поэтому при взятии мазков из свободно вытекающего гноя – гонококки могут располагаться внутри лейкоцитов, а при взятии соскобов со слизистой – вне их. Гонококки располагаются только в протоплазме и никогда не проникают в ядро клетки.

Наличие значительного количества лейкоцитов с внутриклеточным расположением гонококков указывает на некоторую слабость микробы, так как ослабленные микробы подвергаются фагоцитозу лучше.

Нужно помнить, что гонококк, стойкий в человеческом организме, весьма неустойчив вне его и быстро гибнет при высыхании гноя, при воздействии различных химических веществ и высокой температуры. Вне организма гонококки особенно чувствительны к высыханию. Солнечные, ультрафиолетовые и рентгеновые лучи убивают возбудителя только на поверхности слизистой, но не убивают гонококки, находящиеся в глубине. Температура от плюс 39 до плюс 41, губительно действующая на гонококки во внешней среде, не убивает этого микробы внутри человеческого организма, но задерживает его размножение. Поэтому при повышении по какой-то причине у больных гонореей температуры, временно прекращаются выделения и гонококки не обнаруживаются, но после нормализации температуры гонококки вновь выявляются.

Разрушаясь, гонококки выделяют эндотоксин. В результате всасывания токсина из пораженной ткани и непосредственного распада гонококков в крови, наступает интоксикация организма уже в самый ранний период. Циркулируя с током крови по организму, гонотоксин вызывает ряд общих явлений: головную боль, упадок сил, потерю аппетита, поражение суставов и

синовиальных оболочек, почек, периферических нервов и др. Этот токсин способен вызывать склеротические процессы в тканях.

Гонококки окрашиваются любой из основных анилиновых красок, так же как и другие диплококки, но они различно окрашиваются по Граму. Так, гонококк по Граму окрашивается в розовый цвет (грам -), а другие диплококки в темнофиолетовый (грам +). Поэтому мазки гноя следует окрашивать метиленовой синью (ориентировочная окраска) и обязательно по Граму (дифференциальная окраска).

### **Методика окраски**

- 1. Метиленовой синью.** Гнойное отделяемое тонким слоем наносят на предметное стекло, дают подсохнуть и фиксируют 3-х кратным проведением над пламенем горелки. Наносят на препарат 1% раствор метиленовой сини на 30 секунд и смывают водой. Высушивают при помощи фильтровальной бумаги. Смотрят под микроскопом, пользуясь иммерсионной системой. При этом гонококки и ядра клеток имеют темно-синий, а протоплазма клеток -бледно-синий цвет.
- 2. По Граму.** Мазок высушивают, фиксируют над пламенем горелки, накладывают на стекло полоску фильтровальной бумаги, на нее наливают на 0,5 – 1 минуту карболовый раствор генцианвиолета (10 мл насыщенного спиртового раствора краски + 100 мл 0,5% раствора карболовой воды). Краску сливают и, не смывая, наливают на препарат на 1 минуту раствор Люголя. Сливают раствор Люголя, прополаскивают препарат в течение 0,5 – 1 минуты 96 градусным спиртом, пока не перестанет отходить краска. Промывают водой и дополнительно окрашивают препарат 1% раствором карбол-фуксина в течение 0,5 – 1 минуты. Краску сливают, промывают препарат водой и высушивают. При этой окраске гонококки выглядят светло-красными, так как первоначальная окраска их генцианвиолетом была удалена спиртом и они восприняли дополнительную окраску фуксином (грамм-отрицательные).

Другие кокки – грамположительны, так как они удерживают первоначальную фиолетовую окраску. Это является дифференциальным признаком.

**Источники инфекции.** Большую роль в передаче инфекции играют лица страдающие хронической, ассоциативной и вялотекущей свежей гонореей.

**Пути заражения:** чаще всего болеют девочки от 3 до 9 лет, реже – новорожденные и дети младшего возраста (до 2 лет). Заражение девочки 10 – 13 лет наступает в единичных случаях.

Основная масса больных гонореей девочек (92%) инфицируются бытовым путем при общем пользовании предметами ухода (мочалки, полотенца, игрушки, ночной горшок и др.). Чаще всего передача инфекции девочкам происходит через постель, общую с больной гонореей матерью, старшей сестрой, теткой. Почти во всех случаях бытового заражения источником инфекции является мать, иногда ближайшие родственники (тетя, сестра) и подруги.

Реже девочки заражаются гонореей половым путем (7%), чаще при попытке к изнасилованию. В единичных случаях (около 1%) передача гонореи происходит в период родов при прохождении ребенка через инфицированные родовые пути матери. Преимущественно бытовое заражение девочек гонореей объясняется анатомо – биологическими особенностями гинекологии у этого контингента больных (нежность и тонкость эпителиального покрова слизистой влагалища, щелочная или нейтральная среда влагалищного содержимого, наличие кокковой флоры, отсутствие палочки Дедерлейна и т.п.).

## **КЛАССИФИКАЦИЯ**

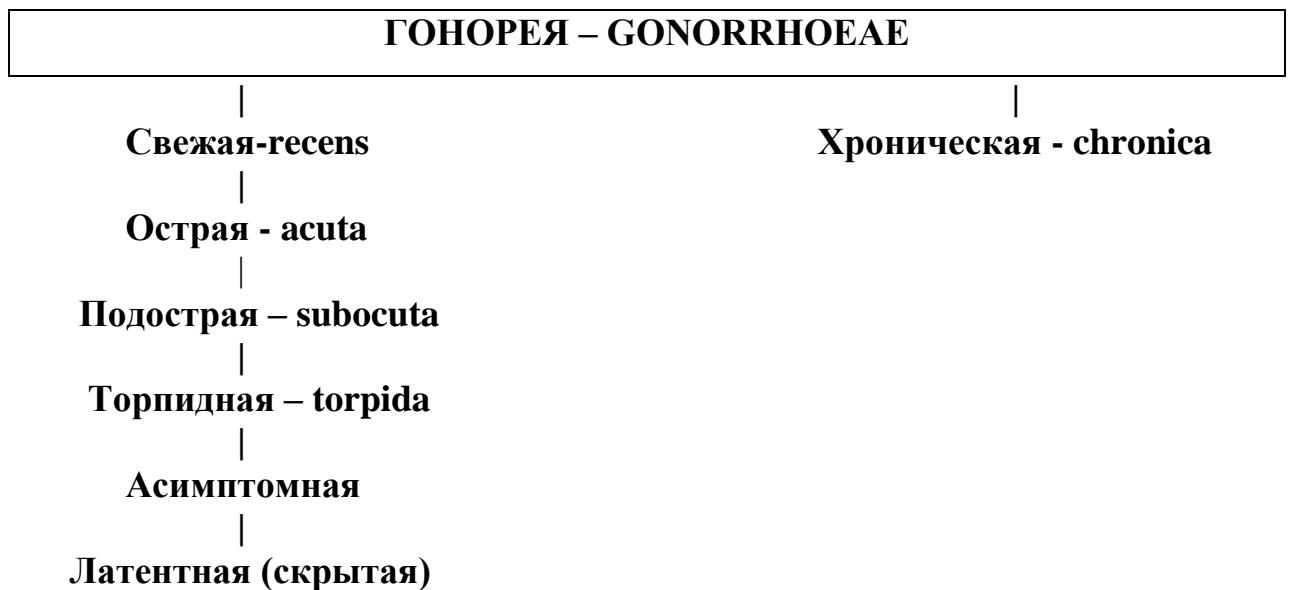
Основные принципы классификации гонореи взрослого могут быть использованы и для гонореи девочек. Гонорею девочек следует считать свежей, если длительность заболевания не превышает 2-х месяцев,

хронической – более 2-х месяцев или длительность заболевания не установлена.

Свежая гонорея может протекать остро, подостро и торpidно или бессимптомно. Хроническая – может периодически обостряться.

При постановке диагноза необходимо выявить все очаги вовлеченные в воспалительный процесс.

#### **Схема классификации гонореи девочек:**



Латентная (скрытая) гонорея – в том случае, если больная является источником заражения, но нет никаких клинических признаков заболевания, и не удается выявить гонококк. Эта разновидность гонореи регистрации не подлежит, так как гонококки не обнаруживаются, а по инструкции извещение о заболевании гонореей заполняют только на тех больных, у которых в выделениях обнаружены гонококки.

Скрытая гонорея с самого начала может протекать без клинических проявлений. У некоторых больных очаги фокальной инфекции после ранее перенесенной гонореи в осумкованных очагах поражения. Гонококки в этих очагах длительно сохраняют устойчивость и после вскрытия осумкованной инфекции гонококки выносятся на поверхность слизистой, размножаются, а в некоторых случаях появляется картина острой гонореи. Необходимо знать,

что латентная гонорея отличается от хронической тем, что при хронической гонорее всегда имеются более или менее выраженные признаки воспаления, а при повторных бактериоскопических и бактериологических обследованиях удается обнаружить в отделяемом гонококки.

Латентная гонорея бывает главным образом у женщин и девочек.

Асимптомная гонорея. При этом клинических проявлений нет или они очень скучны, но гонококк обнаруживается легко. В извещении такая гонорея регистрируется как «острая». Кроме того, у девочек гонорея делится на 1) гонорею нижнего отдела мочеполовой системы и 2) верхнего отдела (восходящая).

### ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК

|                                                                                                                                                                       |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Нижнего отдела</b><br> <br><b>Эндоцервицит</b><br> <br><b>Проктит (влагалища)</b><br> <br><b>Вагинит (влагалища)</b><br> <br><b>Вульвит</b><br> <br><b>Уретрит</b> | <b>Восходящего</b><br> <br><b>Пельвиоперитонит</b><br> <br><b>Аднексит</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

### КЛИНИКА ГОНОРЕИ ДЕВОЧЕК

**Жалобы.** Девочки младшего возраста, заболевшие гонореей, предъявляют жалобы очень редко, так как часто не могут определить свои ощущения. Старшие дети отмечают влажность, жжение и зуд в области наружных половых органов. В 10% случаев отмечаются дизурические расстройства.

**СВЕЖАЯ ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК** – в 75% случаев имеет острое течение. При этом у девочки можно увидеть отечность больших половых губ

и слизистой вульвы, яркую гиперемию наружных половых органов. Из половой щели свободно вытекают зеленоватые, слизисто-гнойные выделения в большом или меньшем количестве. По гребню больших половых губ имеются, как правило, корки засохшего гноя. В некоторых случаях появляется дерматит внутренней поверхности бедер, промежности и паховых складок. Как правило, имеются явления уретрита. При этом губки наружного отверстия уретры гиперемированы и отечны, иногда видны свободные серозно-гнойные выделения.

При подостром течении явления воспаления отмечаются только у 14% девочек и выражены менее интенсивно. Как правило, гиперемия слизистой вульвы носит очаговый характер, отечность тканей выражена не резко, количество свободных выделений из влагалища незначительно, явления дерматита отсутствуют, симптомы уретрита обычно не наблюдаются.

При торpidной и бессимптомной свежей гонорее у 11% девочек клинические заболевания визуально не отмечаются. При вагиноскопии можно в таком случае увидеть гиперемию заднего свода влагалища и незначительные слизисто-гнойные выделения.

Хроническая гонорея у девочек в настоящее время встречается в 6% случаев. Диагностируется, как правило, в период обострения, когда появляются обильные гнойные выделения из мочеполовых путей. Изучение анамнеза этих больных позволяет выяснить, что девочка страдает заболеванием давно.

Также как и у взрослых женщин для гонореи девочек характерно много очаговость поражения. Наиболее частым очагом является влагалище, где гонококк обнаруживается почти во всех случаях заболевания. Несколько реже (около 90%) гонококк выделяется из уретры.

Поражение прямой кишки наступает в 12% при свежей и почти в 50% при хронической гонорее. Проктиты у большинства девочек протекает бессимптомно. Иногда можно увидеть неяркую гиперемию и мацерацию

анального кольца, слизисто – гнойные выделения на ложке Фолькмана. Более, чем в 50% происходит поражение шейки матки, что устанавливается вагиноскопией.

**Вагиноскопия** – может производиться только при отсутствии острых и подострых явлений воспаления во влагалище. Вагиноскопия производится женским уретроскопом системы Валентина. Девственная плева у девочек достаточно эластична и легко проходима для тубуса уретроскопа (№ 23 – 27 по шкале Шарьера). Девочка укладывается на гинекологическое кресло. Ватным тампоном удаляются все выделения с наружных половых органов. (Тампон смочен 0,5% раствором хлорамина), а затем сухим тампоном. Тубус уретроскопа с мандреном смазывается стерильным вазелиновым маслом и вводится во влагалище. Мандрен вынимается, слизистая в поле зрения протирается ватой, накрученной на зонд Плейфера. В тубус вводится осветительная система. В поле зрения обычно попадает шейка матки, слизистая которой имеет бледно-розовый цвет.

У здоровых девочек слизистая влагалищной части шейки матки окрашена более ярко, чем стенки влагалища. Наружное отверстие цервикального канала у не менструирующей девочки имеет вид поперечной щели, иногда – овала. Выделений из цервикального канала, как правило, не наблюдается. После осмотра шейки матки тубус уретроскопа вместе с осветительной системой постепенно вынимается и в поле зрения попадают своды, а затем стенки влагалища.

При острой гонорее – слизистая шейки матки ярко – красного цвета, вокруг наружного зева можно иногда увидеть единичные или множественные эрозии. При поражении цервикального канала – из него выделяются слизисто – гнойные или слизисто – мутные выделения, свисающие ленточкой в задний свод влагалища. Слизистая влагалища ярко – гиперемирована, складки слизистой грубые, отечные. В заднем своде и между складками обильные гнойные выделения.

В подострой стадии – слизистая шейки матки и влагалища менее гиперемирована, часто носит очаговый характер, чаще всего поражена слизистая заднего свода.

При торpidной гонорее – при вагиноскопии можно увидеть гиперемию и слизисто – гнойные выделения только в заднем своде влагалища.

Вагиноскопию необходимо проводить всем девочкам, страдающим гонореей – до лечения и в тех случаях после окончания лечения, когда несмотря на исчезновение гонококка в отделяемом – продолжаются обильные гнойные выделения из влагалища, так как вагиноскопия помогает более точно определить локализацию воспалительного процесса и своевременно назначить дополнительное лечение.

**ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРЕЯ** – у девочек встречается в 7% случаев, а торpidно текущая восходящая гонорея – до 2 – 2,5%. Иногда восходящая гонорея девочек протекает обильными выделениями, с общей реакцией, но чаще протекает торpidно. Обычно восходящая гонорея у девочек в настоящее время сопровождается небольшими болями внизу живота, учащением акта дефекации. Поэтому часто жалобы таких девочек расцениваются как симптомы заболеваний желудочно – кишечного тракта (аппендицит, кишечная колика, лямблиоз и др.). Девочек обязательно нужно смотреть – **per rectum**.

При гинекологическом (ректоабдоминальном) исследования обнаруживаются болезненные измененные придатки и вовлечение в процесс тазовой брюшины (пальвеоперитонит, аднексит).

При возникновении восходящей гонореи у девочек большое значение имеет ослабление защитных сил организма, чаще страдающих другими заболеваниями (ревматизм).

Как правило, общее самочувствие девочек, заболевших гонореей, не нарушается. В некоторых случаях можно отметить понижение аппетита, вялость, недомогание, раздражительность, иногда субфебрилитет, иногда

боль в суставах (токсико – аллергического характера). Иногда РОЭ – 15 – 20 мм в час, эозинофилия и нейтрофилия. При восходящей гонорее может появиться в крови С-реактивный бело.

## **ГОНОРЕЯ ГЛАЗА**

Гонорея глаза - у новорожденных инфицирование глаз происходит внутриутробно, во время родов, также через предметы ухода.

При заражении во время родов поражается оба глаза, при аутоинокуляции возможно одностороннее поражение.

Клиническая картина проявляется светобоязнью, гиперемией, отечностью, инфильтрацией век, затрудняющими их раскрытию, гнойными выделениями из конъюнктивального мешка. Конъюнктива резко гиперемирована, шероховата. При отсутствии своевременного адекватного лечения может развиться изъязвление роговицы с частым или полным разрушением ее.

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕВОЧЕК НА ГОНОРЕЮ. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ**

Диагноз гонореи девочек ставится на основании:

1. Обнаружения гонококков в мазках и посевах отделяемого.
2. Клиники.

Забор патологического материала производится следующим образом:

Сухим стерильным ватным тампоном удаляются выделения с наружных половых органов. Берут отделяемое из заднего свода влагалища. С этой целью тупая ложечка Фолькмана через отверстие девственной плевы вводится глубоко в задний свод (на 6 – 7 см).

Из прямой кишки – ложечкой Фолькмана, вводя ее на 1 – 1,5 см. Как и у взрослых женщин, отделяемое собирается со всех стенок. Затем из уретры. При этом ложечка меньшего размера вводится в уретру на расстояние 1 см за наружное отверстие уретры. Мазки из каждого очага наносятся на два стекла

и окрашиваются метиленовой синью и по Граму. Одновременно со взятием мазков производятся посевы на среду асцитагар.

|   |   |   |
|---|---|---|
| U | V | R |
| U | V | R |

### **Уретра, вагина, прямая кишка.**

**Лабораторная диагностика** гонореи девочек имеет свои особенности. Многочисленная кокковая флора, населяющая влагалище девочек, затрудняет дифференциацию гонококка от других микробов при бактериоскопии. В мазках здоровых и больных неспецифическими воспалительными процессами девочек часто обнаружаются грам – положительные и грам – отрицательные диплококки, сходные с гонококками. Это создает возможность диагностировать гонорею там, где у девочек гонореи нет, а родители этих девочек больны гонореей. Поэтому обязательно не только по Граму, но и культуральное исследование, особенно при торpidном течении гонореи. Культуральное исследование при торpidном течении свежей гонореи позволяет обнаруживать гонококк в 8 раз чаще, чем при острой гонорее.

Оценивая бактериоскопическую картину мазка у девочек, большое значение необходимо придавать лейкоцитозу. Гонорейные вагиниты, уретриты – в большинстве случаев сопровождаются высоким лейкоцитозом (до 100 – 200 и более поле зрения). Но это признак не имеет абсолютного значения, так как часто свидетельствует лишь о наличии воспалительного процесса в очагах. Лейкоцитоз в мазках из влагалища может встречаться у больных неспецифическими вагинитами и даже у практически здоровых людей. В то же время небольшой лейкоцитоз или даже отсутствие лейкоцитов в мазке из уретры – не исключает гонорейного происхождения этого очага. Установлено, что у 25% девочек, страдающих гонорейным уретритом – лейкоциты в мазках отсутствуют или они единичны.

А вот гонорейные проктиты всегда сопровождаются появлением лейкоцитов в мазках.

При вульвагинитах негонорейного происхождения – поражения прямой кишки, как правило, не наступает и лейкоцитоза в мазках не наблюдается (если у девочек нет колита).

Раньше всегда считалось, что отсутствие флоры в мазках – подозрительно на гонорею. В настоящее время такая картина встречается редко, но наличие ее должно настораживать врача, заставляя производить повторные исследования на гонорею.

Будущие врачи – гинекологи должны запомнить, что все девочки, в возрасте до 13 лет, родители которых больны гонореей, в обязательном порядке подлежат тщательному клиническому обследованию на гонорею.

У них необходимо обязательно делать мазки из отделяемого:

1. уретры;
2. заднего свода;
3. прямой кишки – для бактериоскопического и культурального исследования.

Диагноз при гонорее глаз обычно ставят на основании клинической картины и обязательного обнаружения гонококка в отделяемом глаз. Следует иметь в виду, что предшествующее применение антибактериальных средств, даже в минимальных дозах значительно осложняет лабораторную диагностику. Описаны случаи гонорейной офтальмии, вызванные Бетта-лактамазопродуцирующими штаммами гонококка. Для диагностики гонореи глаз применяются общепринятые методики лабораторных исследований: микроскопия мазков, окрашенных метиленовым синим и по методу Грама, культуральный метод с использованием питательных сред для выращивания гонококков.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЙ ДЕВОЧЕК

Детям, больным гонореей, лечение следует проводить в условиях стационара. Бензилпенициллин показано во всех стадиях заболевания.

1. При свежей гонорее, остро и подостро протекающей, и при обострении хронической гонореи – лечение больных девочек необходимо начинать с антибиотиков.
2. Во всех других случаях (хроническая, свежая торpidно протекающая гонорея) детям старше 3-х лет предварительно проводят курс иммунотерапии (гоновакцина, молоко).

Начальная доза гоновакцины в зависимости от возраста 50 – 100 млн. микробных тел. Инъекции гоновакцины делают с интервалом в 1 – 3 дня в зависимости от реакции организма (повышение температуры, усиление выделений, болезненность в месте инъекции и т.д.). Разовая доза гоновакцины каждый раз увеличивается на 50 – 100 млн. микробных тел, на курс 4 – 5 инъекций (лучше больше 150 млн. микробных тел не назначать).

При отсутствии гоновакцины можно вводить свежее прокипяченное молоко. Молоко перед употреблением кипятится в течение 5 – 10 минут, остывшее набирается в шприц из глубоких слоев и вводится внутримышечно, двухмоментно, начинают с 0,5 мл – 1 мл. Инъекции делаются через 2-е суток, в зависимости от реакции организма. Каждая последующая доза молока увеличивается на первоначальную, то есть на 0,5 мл – 1 мл. Затем нужно назначать антибиотики. Бензилпенициллин – показано во всех стадиях заболевания. Курсовая доза бензилпенициллина для лечения девочки равна курсовой дозе взрослых (2 млн. ЕД. при свежей гонорее и 3 млн. ЕД. при хронической и свежей восходящей). Бензилпенициллин вводят по 50 – 100 тыс. ЕД. внутримышечно, через 3 – 4 часа.

При непереносимости бензилпенициллина или нечувствительности к нему гонококка применяется левомецитин (по 0,2 – 0,25 г х 4 раза в день с 7-часовым ночным перерывом, курсовая доза 5,0 – 6,0 г).

Сульфаниламидные препараты назначаются с учетом возраста и общего состояния по 0,15 – 0,2 г в сутки на 1 кг веса ребенка. Суточная доза распределяют на 5 одинаковых приемов с 7-ми часовым ночным перерывом. Лечение проводят 5 дней.

Местное лечение больным девочкам с острыми формами гонореи обычно не назначают. Оно проводится в случаях, когда после окончания антибиотикотерапии воспалительные явления не исчезают.

Можно рекомендовать:

1. Теплые сидячие ванночки из отвара ромашки или раствора перманганата калия 1:10000 два раза в сутки по 10 – 15 минут. После ванночки наружные половые органы рекомендуется осушить и припудрить тальком.
2. Больным торpidной свежей гонореей и хронической – можно на фоне иммунотерапии проводить спринцевания раствором перманганата калия 1:10000, которые производятся через тонкий резиновый катетер. После спринцевания через катетер вводят 1 – 2% раствор проторгола или 0,25 - 1% раствор азотнокислого серебра 3 – 5 мл. Такие инстилляции можно производить через день. Одновременно в уретру глазной пипеткой закапывают 3 – 4 капли 0,5 – 2 % раствора проторгола или 0,25 – 0,5% раствора ляписа.

Если имеется проктит, то в прямую кишку вводят 5 – 10 мл 1 – 3% раствора проторгола.

Лечение гонореи глаз осуществляется врачом дерматовенерологом совместно с окулистом. Обязательно внутримышечное и местное лечение введение антибиотика, что обеспечивает санацию и мочеполового очага инфекции. При поражении только одного глаза врач обязан проводить

местное лечение обоих глаз, при этом для каждого глаза необходимо иметь отдельный набор медикаментов и пипеток.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ**

Установление критерия излеченности гонореи у девочек начинается сразу же после окончания лечения антибиотиками. В течение первых 3 – 4 дней ежедневно, а затем через день берутся мазки и посевы из уретры, влагалища и прямой кишки. На 7 – 10 день после окончания лечения антибиотиками или сульфаниламидными препаратами производится одна провокация.

У детей старше 3-х лет проводят комбинированную провокацию. Вводят гоновакцину 150 – 200 млн. микробных тел (можно сочетать гоновакцину с пирогеналом). Влагалище и вульву смазывают раствором Люголя, а в уретру глазной пипеткой закапывают 2 – 3 капли 0,5 – 1% раствора азотнокислого серебра. Можно и в вагину глазной пипеткой закапать раствор ляписа, но полную пипетку. Прямую кишку смазывают раствором Люголя, (ляпис вызывает тенезмы). Можно все очаги смазать раствором Люголя.

Детям до 3-х лет – провокация проводится так же, но нельзя вводить гоновакцину.

На 2 – 3 – 4 дни после провокации берется материал для исследования на гонорею, а затем через день. Проводится бактериоскопическое и культуральное исследование мазков из уретры, влагалища и прямой кишки. Детям рекомендуется в стационаре проводить подряд две провокации, то есть проводится провокация, берутся мазки 3 – 4 дня и посев, а затем вновь провокация, мазки и посев, то есть одна провокация следует за другой.

Вторая провокация назначается через один месяц после первой и третьей – через один месяц после второй. Обследование после второй и третьей провокацией проводится по той же схеме, что и первая.

Девочка, страдавшая гонореей, должна находиться на диспансерном учете в течение 3-х месяцев. Дети, посещающие детские ясли и сады, не допускаются в эти учреждения в течение всего периода контроля, то есть три месяца. После 3-й провокации при отрицательных лабораторных анализах отделяемое очагов на гонококк, ребенок снимается с учета и может быть допущен в детский коллектив. Если ребенок школьного возраста, то после окончания против гонорейного лечения и отсутствия в мазках гонококка – сразу допускается в школу, но состоит под наблюдением диспансера три месяца с ежемесячным 3-х кратным обследованием и взятием мазков после провокации. Кстати, если девочка страдает вульвовагинитом, то после лечения такая девочка допускается в детский коллектив. Если девочка страдает трихомонозом, то допускается в детское учреждение при условии аккуратного лечения.

## **ПРОГНОЗ**

Лечение гонореи девочек современными препаратами дает хороший этиотропный эффект. Рецидивы, подтвержденные обнаружение гонококка, возникают лишь у 5 – 6% девочек и выявляются обычно в течение первых одной-двух недель после окончания лечения антибиотиками. Очень редко рецидив наступает через 1 – 1,5 месяца после лечения. В возникновении рецидива большое значение имеет состояние защитных сил организма. Чаще рецидивы наступают у ослабленных девочек.

Если у девочки наступил вялотекущий рецидив, то необходимо ей провести иммунотерапию, а затем курс антибиотиков, но обязательно заменить, ранее применявшуюся антибиотик, другим, например – левомицетином. Если рецидив сопровождается острым воспалительным процессом, то можно сразу же назначить лечение антибиотиками.

Клиническое выздоровление у девочек, так же как у взрослых женщин, не всегда совпадает с этиотропным. Несмотря на исчезновение гонококка, больше, чем у половины девочек в области половых органов отмечаются

различные воспалительные процессы (вагиниты, вульвиты, цервицита). Если такие явления у девочки держатся дольше 7 – 10 дней, то они расцениваются как постгонорейные и подлежат дополнительному лечению. Большую роль в возникновении постгонорейных процессов играют трофические нарушения в тканях, возникающие под воздействием гонококка. На измененной гонококком среде обильно размножается вторичная флора, приобретающая у части больных патогенный характер. Применение антибиотиков у таких больных обычно дает только кратковременный эффект. В таких случаях необходимо применять общеукрупляющие средства, витаминотерапию, закаливание.

Местное лечение проводится такое же, как и при гонорее. При упорных вагинитах – хорошо смазывать слизистую заднего свода и влагалища раствором Люголя на глицерине, 10% раствором ихтиола на глицерине, 10% раствором проторгола через тубус уретроскопа.

При наличии цервицита шейки матки под контролем глаза смазывается теми же препаратами, которые применяются для лечения при вагините. Лечение постгонорейных процессов у девочек требует большого терпения, как от врача, так и от больной. Выздоровление чаще всего наступает только после повторных курсов терапии.

### **ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРЕИ У ДЕТЕЙ**

Для предохранения детей от заболевания гонореей необходимы профилактические мероприятия в семье, детских учреждениях и родильных домах.

Профилактические мероприятия в родильных домах сводятся к закапыванию в глаза и вульву новорожденных 30% раствора натриевой соли альбуцида.

Профилактика в быту заключается в следующем: дети должны спать отдельно от взрослых, иметь индивидуальный горшок, а также индивидуальные губки и мочалки для подмывания.

Профилактика в детских учреждениях состоит в том, что персонал должен приниматься на работу после предварительного обследования венерологом, а в дальнейшем подвергаться таким же обследованиям 1 раз в квартал. У детей также должны осматриваться гениталии перед поступлением и 1 раз в неделю во время нахождения в детском учреждении. Заболевшие и подозрительные на гонорею дети должны быть изолированы и направлены на консультацию к венерологу.

В детских яслях обязательно быть индивидуальнаяочная посуда, а в детских садах и школах – уборные стоячего типа.

Подмывание детей производят текучей струей воды при помощи отдельного ватного тампона на корицанге; ни в коем случае нельзя при этом пользоваться общими мочалками и губками. Для обтирания половых органов после подмывания применяют индивидуальные полотенца или салфетки. Персонал детских учреждений должен иметь отдельный туалет.

Большое значение в профилактике гонореи имеет санитарно – профилактическая работа среди персонала и матерей. Женщины, работающие в детских учреждениях и имеющие непосредственный контакт с детьми (воспитательницы, няни и т.д.), по поводу гонореи должны лечиться в стационаре. После окончания лечения они остаются в стационаре в течение 1 месяца при острой и 1,5 месяца при хронической гонорее. В этот период им проводится 2-х кратная провокация и обследование во время менструации. При нормальной клинической картине и благоприятных результатах лабораторного обследования по истечению указанного срока они могут быть допущены к работе с детьми.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беднова В.Н., Яцуха М.В., Карлова Т.Н. // Вестник дерматологии и венерологии, 1981, № 3, с. 38 – 40.
2. Беднова В.Н., Зиннурова Р.С. // Вестник дерматологии и венерологии, 1983, № 1, с. 25 – 27.
3. Гонококки Нейссера и гонококковые инфекции // М., Медицина, 1980.
4. Ильин И.И., Шестова М.Н., Бахтилин В.Я. // Свердловск, 1982.
5. Калинер Б.С. // Л, Медицина, 1976.
6. Капцева Г.С. // Уч. зап. Тартусск. ун-та, 1979, вып. 503, с. 28 – 30.
7. Комов О.П., Виторский А.П., Наливко С.Н. // Вестник дерматологии и венерологии, 1983, № 4, с. 43 – 46.
8. Лозовская А.С. // Вестник дерматологии и венерологии, 1983, № 10, с. 25 – 27.
9. Семиклетова А.Ю. // Вестник дерматологии и венерологии, 1983, № 3, с. 57 – 70.
10. Скрипкин Ю.К. // М., Медицина, 1979.
11. Частикова А.В., Кунцевич Л.Д., Борщевская Р.П. // Вестник дерматологии и венерологии, 1983, № 5, с. 62.
12. Шинский Г.Э., Артемьева Е.Т. // Вестник дерматологии и венерологии, 1980, № 7, с. 59 – 61.
13. Ashford W.A., Gotash R.C., Hemming V.G. // Lancet, 1976, v. 2, № 7987, p. 657 – 658.
14. Baron E.S., Saz A.K. // J. Bact., 1978, v. 132., № 2, p. 972 – 986.
15. Bell T. // Ann. Int. Med., 1982, v/ 96, № 6, p. 924 – 925.
16. Catubiran O.V., Crisologo – Vizconde L.B., Turasi T.E. et al. // Brit. J. Vener. Dis., 1982, v. 58, № 4, p. 231 – 235.
17. Chendrayudu J., Girgta – Hs. S., Singh G.M. et al. // Ind. J. Dermatol. Venerol. Leprol., 1981, v. 47, № 3, p. 158 – 161.
18. Kiraly K., Causse G. // Therapiewoche, 1973, Bd. 23, H. 14, S. 1162 – 1172.