

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Карачева Ю.В.

Реферат:

**Особенности клинических проявлений гонококковой инфекции
мочеполовых органов у детей.**

Выполнила:
ординатор 2-го года обучения
Иванова Е.В.

Проверила:
к.м.н., доцент
Яковлева Т.А.

Красноярск 2019г.

Рецензия <доц., к.м.н. кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова Яковлевой Татьяны Александровны> на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология <Ивановой Елены Валерьевны> по теме: <<Особенности клинических проявлений гонококковой инфекции мочеполовых органов у детей >

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология:

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

Итоговая оценка: положительная/отрицательная.

Комментарии рецензента

Дата: 27.12.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

1. Актуальность проблемы	4
2. Особенности клинических проявлений гонореи у детей.....	4
2. Гонорея новорожденных.....	5
2.1 Гонорея у мальчиков.....	5
2.2 Гонорея у девочек.....	7
Список литературы	10

1. Актуальность проблемы

Наиболее высокий уровень заболеваемости гонококковой инфекцией в Российской Федерации регистрируется на территориях Дальнего Востока и Сибири как среди взрослого населения (72,8 и 87,7 на 100000 населения соответственно), так и среди подростков в возрасте от 15 до 18 лет (71,7 и 86,1 на 100 000 населения соответственно).

Даже использование высокоэффективных антибактериальных препаратов не уменьшило ее значения, 30-50 % бесплодных браков обусловлены перенесенной в прошлом гонореей. В связи с естественным патоморфозом инфекции, более глубоким пониманием ее патогенеза и этиологии практическому венерологу часто приходится сталкиваться именно с этими проблемами.

2. Особенности клинических проявлений гонореи у детей

Заболеваемость детей гонореей в последние годы значительно выросла, что напрямую связано с ростом заболеваемости среди взрослых. Заражение может произойти в любом возрасте от периода новорожденности до подросткового. Наиболее часто это происходит в возрасте 3-9 и 15-17 лет. Половой путь инфицирования наблюдается у 98,8% подростков в возрасте 11-17 лет. Неполовой путь инфицирования остается преобладающим у детей до 10 лет. Источником инфицирования в 71,3-75% случаев является мать. Некоторые особенности анатомического строения половых органов у детей определяют клинику гонорейного процесса. У мальчиков до 8-10 лет сохраняется физиологический фимоз, половые железы незрелые, семявыносящий проток узкий. Их анатомическое и функциональное созревание начинается после 10 лет. Уретра узкая, складчатость, устья литгреевских желез слаборазвиты. Поэтому воспалительный процесс обычно не продолжительный, ограничивается передней уретрой, осложнения редки. Заражение чаще происходит половым путем, так как половые органы относительно малодоступны для инфекции. У девочек напротив преобладает неполовой путь инфицирования. Это связано с тем, что большие половые губы слаборазвитые и плоские, вульва не прикрыта ими. В области преддверия большое количество малых преддверных желез. Половая щель полуоткрыта. Небольшое расстояние между уретрой, влагалищем и анальной областью предрасполагает к их одновременному инфицированию. Влагалище представляет собой тонкую трубку с большим количеством складок и ниш, выстлано нежным переходным эпителием, влагалищная флора скудная, pH 7-8. Все это способствует развитию гонококкового вагинита. Бартолиниевы железы недоразвиты, проток узкий, часто закупорен из-за чего поражается крайне редко. Цервикальный канал в сомкнутом состоянии, матка не зрелая, это не дает гонококку распространяться выше наружного зева матки. Отсутствие таких провоцирующих факторов как менструации, половые

контакты, беременность, аборт также определяют меньшее число осложнений при детской гонорее. Особенностью патологоанатомии гонореи у девочек является почти полное отсутствие плазмоклеточной реакции со стороны соединительной ткани и отсутствие глубоких периваскулярных инфильтратов, что говорит о преимущественном распространении инфекции по протяжению, а не вглубь.

2.1. Гонорея новорожденных

Заражение происходит преимущественно при прохождении плода через инфицированные родовые пути матери. Описаны единичные случаи внутриутробного инфицирования через околоплодные воды при гонорейном хориоамнионите. Поражаются перианальная область, вульва, влагалище, конъюнктура, глотка, верхние дыхательные пути. Гонококковый ринит, стоматит развивается через несколько дней после родов. Ринит проявляется в виде слизисто-гнойных выделений из носа. Гонорейный стоматит сопровождается эрозиями на поверхности губ, языка, десен, неба. При исследовании отделяемого из эрозий часто обнаруживается гонококк. Гонорейный стоматит и ринит могут сочетаться с конъюнктивитом, ларинготрахеитом, отитом. Применение 30% сульфацил-натрия или 1% нитрата серебра практически полностью исключает возможность развития оф-тальмобленнореи. В связи с недостатком в сыворотке крови новорожденного бактерицидного IgM у них высок риск развития ДГИ.

2.2. Гонорея мочеполовых органов у мальчиков

Острая форма гонореи проявляется в первую очередь баланопоститом. Инкубационный период 3-7 дней. После этого крайняя плоть отекает, становится гиперемированной, развивается воспалительный фимоз, который препятствует свободному мочеиспусканию. Через короткий промежуток времени к фимозу присоединяется передний уретрит. Мочеиспускание становится болезненным, в связи с чем мальчики стараются реже мочиться.

Из желез крайней плоти и уретры обильное гнойное отделяемое. В случае присоединения гноеродной флоры возможно развитие лимфангита и лимфаденита. При подостром течении гонореи баланопостит не развивается. Отмечается незначительная гиперемия и отек губок уретры, незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого, умеренное жжение при мочеиспускании.

Торпидное и хроническое течение клинически не проявляется и инфекция в таких случаях обнаруживается в ходе микробиологического исследования.

Обычно при активном лечении через несколько дней острые явления стихают и процесс купируется. Осложнения развиваются редко и могут проявляться в виде двухстороннего эпидидимита, абсцедирующего орхита, ДГИ. Простатит и везикулит не встречаются. В подростковом возрасте везикулопростатит также редкое явление.

2.3. Гонорея мочеполовых органов у девочек

Заболевание характеризуется многоочаговостью поражения. В 100% случаев поражается влагалище и преддверие, в 85% - уретра, в 50-82% - прямая кишка, в 50-75% - шейка матки, реже развивается бартолинит. Не частыми являются поражения глаз, глотки, суставов. Течение гонореи у девочек все чаще становится подострым и торпидным. Встречаются случаи субъективно-асимптомного течения. Инкубационный период 2-3 дня. При острой свежей гонорее ребенок предъявляет жалобы на ощущение зуда и жжения в области промежности, вульвы, жжение при мочеиспускании. Если присоединился цистит появляются боли внизу живота, дизурия. В перианальной области зуд, могут отмечаться боли при дефекации. Ребенок угнетен, стремится полежать. Иногда в течение нескольких дней наблюдается субфебрильная температура. При внешнем осмотре слизистая преддверия, малые и большие половые губы отечны, гиперемированы, покрыты слизисто-гнойными выделениями, свободно вытекающими из

влагалища. Паховые складки, внутренняя поверхность бедер, промежность мацерируются. Клитор и девственная плева отечны. Губки уретры отечны, гиперемированы, при надавливании на уретру со стороны влагалища из нее выделяется гной. При вагиноскопии влагалищная часть шейки матки гиперемирована, отечна, из канала небольшое количество слизисто-гнойного отделяемого. Нередко определяется эрозия шейки.

Бартолинит развивается редко, обычно в виде одностороннего каналикулита. Прямая кишка поражается в области наружного сфинктера и на 3 см. выше. Складки наружного сфинктера отечны, гиперемированны, иногда между ними определяются трещины покрытые гнойным налетом.

При подостром течении воспалительный процесс в половой области менее интенсивен: гиперемия слабая и имеет очаговый характер, выделения из уретры и влагалища скудные, слизисто-гнойные, дерматита нет. При вагиноскопии на стенках влагалища определяются четко ограниченные участки гиперемии и инфильтрации, отечность слабо выражена, между складками незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого, шейка слабо гиперемирована, отечна, иногда эрозирована. Субъективных жалоб нет.

Хроническая гонорея встречается реже свежей и диагностируется обычно в период обострения. Клинически в период ремиссии протекает асимптомно. Обострение соответствует подострому течению свежей гонореи. При вагиноскопии устанавливают, что нижние 2/3 влагалища не изменены, но 1/3 особенно в задней части свода гиперемирована, зернистая. Могут определяться эндоцервицит, эрозия шейки матки.

Клиника детского сальпингита, пельвиоперитонита, периаппендицита гонококковой этиологии: субфебрильная, фебрильная температура, общее недомогание, схваткообразные боли внизу живота, дизурические, диспептические расстройства, перитонеальные симптомы положительные.

Дифференциальную диагностику проводят с неспецифическими вульвовагинитами развивающимися в результате попадания микроба из

внешней среды или гематогенно из отдаленных очагов (тонзиллит, синусит, пиодермия). При этом обнаруживается стафилококк, энтерококк, стрептококк, кишечная палочка, протей, клебсиеллы, а также возбудители ИППП. Иногда встречается дифтерийный вульвовагинит. Также возможно развитие вульвовагинита при глистной инвазии (острицы). Вульвовагиниты, связанные с нарушением обмена веществ и общими заболеваниями: железодефицитная анемия, мочекислый диатез, сахарный диабет ожирение. Вагиниты, развивающиеся по причине химической, термической, механической травматизации влагалища, инородное тело влагалища.

Рекомендуемая литература

1. Дерматовенерология: нац. рук. / ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с: ил. - (Национальные руководства).
2. Клиническая дерматовенерология: в 2 т.: руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Т. I. – 720 с.
3. Клиническая дерматовенерология: в 2 т.: руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Т. II. – 928 с.
4. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями [Электронный ресурс] / Рос. о-во дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2015. – 112 с. – Режим доступа: http://www.cnikvi.ru/files/ippp_patients.pdf.
5. Перламутров, Ю.Н. Современные подходы к терапии неосложненной гонококковой инфекции / Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова // Дерматология. Прил. к журн. Consilium-Medicum. – 2015. – № 2. – Режим доступа: <http://con-med.ru/magazines/dermatology/2572/2555/>.
6. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем / А.А. Кубанова, Н.В. Фриго, С.В. Ротанов [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2015. – № 5. – С. 54-63.
7. Современные методы идентификации возбудителя гонококковой инфекции / Н.В. Фриго, С.А. Полевщикова, И.А. Волков [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2015. – № 3. – С. 45-52.
8. Buck, W. H. J. Warts (genital) / W. H. J. Buck // Clin. evid. – 2015. – Vol. 2015. – P. 1602.

9. Diagnosis and treatment of acute uncomplicated urethritis of men: guidelines from the French committee of infectious disease of the French association of urology (CIAFU)] / G. Cariou, A. Sotto, H. Bugel [et al.] // Prog. Urol. – 2015. – Vol. 20, № 3. – P. 184-187.
10. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2015-2017: breaking the chain of transmission [Electronic resource] / World Health Organization. – URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf. – (Last access 19, Sept 2015).
11. Workowski, K.A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 / K.A. Workowski, S. Berman // MMWR. Recomm Rep. – 2015. – Vol. 60, № 1. – P.