|  |  |
| --- | --- |
|  | **Гонорея девочек**  Наиболее часто заражаются гонореей девочки 1,5-8 лет.   Инфицирование происходит у 85-95% больных неполовым путем через мочалку, ночной горшок, общую постель, загрязненные выделениями больного. В 71,3% случаев источником инфекции является мать. Крайне редко заражение происходит половым путем. В единичных случаях новорожденные девочки могут заразиться при прохождении через инфицированные родовые пути. Описано внутриутробное заражение. Гонорея у 80-93% девочек протекает остро.  У девочек в отличие от взрослых поражаются области мочеполовых органов, выстланные многослойным плоским или переходным эпителием, и почти полностью отсутствует плазмоклеточная реакция соединительной ткани. При острой гонорее наблюдается очаговое поражение влагалища на всем протяжении; на верхушке складок эпителий слущен, эпителиальные слои пронизаны диффузным, преимущественно лимфоцитарным инфильтратом.   Поражение ограничивается входом в цервикальный канал.   Матка и придатки обычно не поражаются.  В передней трети уретры отмечаются резкая гиперемия, лимфоидно-клеточная и лейкоцитарная с примесью эозинофилов инфильтрация эпителия и субэпителиальной ткани. Парауретральные железы и значительно реже протоки больших вестибулярных желез вовлечены в воспалительный процесс в незначительной степени. При острой и подострой гонорее не обнаруживается глубоких периваскулярных инфильтратов.   Поражение прямой кишки ограничивается анальной областью, реже в процесс вовлекаются либеркюновы железы.  При хронической гонорее во влагалище обнаруживаются пролиферация эпителия и гистиоцитарная инфильтрация подслизистого слоя. В подслизистом слое уретры - небольшие гистиоцитарные инфильтраты. К; П. Улезко-Строганова отмечает гигантоклеточный метаморфоз как плоского, так и цилиндрического эпителия желез. Н. А. Антоньева впервые на электронно-микроскопическом уровне показала особенности фагоцитарной реакции в очагах поражения у больных гонореей девочек, заключающиеся в слабой фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, редком формировании фаголизосом (один из показателей завершенности фагоцитоза) и ослаблении процесса дегрануляции нейтрофильных лейкоцитов.  Влагалище поражается у всех больных, у 9,76% вовлечена и уретра, у 26,82% - и прямая кишка, у 7,32% - уретра и прямая кишка. У 2,44% больных, кроме вульвовагинита, имелся гонорейный конъюнктивит.   Инкубационный период длится 2-3 дня. Клинические проявления гонореи зависят от состояния макроорганизма и вирулентности гонококков. При остром вульвовагините кожа больших и малых половых губ, а также слизистая оболочка преддверия влагалища отечны, гиперемированы, покрыты гнойно-слизистыми выделениями, вытекающими из влагалища; клитор и девственная плева отечны. На гребнях больших половых губ, промежности и соприкасающихся поверхностях бедер гнойные выделения ссыхаются в корочку. При поражении уретры ее губки отечны, гиперемированы. Если надавить на уретру со стороны влагалища, то из наружного отверстия появится гнойное отделяемое. Жалобы чаще отсутствуют; изредка отмечается небольшая болезненность при мочеиспускании.   Бартолиниты у девочек до 10-12 лет наблюдаются крайне редко. Прямая кишка поражается в области наружного сфинктера и на 3 см над ним. Перианальные складки отечны, гиперемированы, иногда между ними есть трещины, покрытые гнойными выделениями. Больные предъявляют жалобы на боль, зуд, тенезмы.  Хроническое течение гонореи у девочек наблюдается редко, гонорея диагностируется у них обычно в период обострения, когда появляются выделения из половых органов, или обнаруживается при диспансерном обследовании. Возникает очаговая гиперемия в области устьев малых и больших желез преддверия, здесь могут разрастаться остроконечные кондиломы. При влагалищном исследовании уретроскопом обнаруживаются очаговая гиперемия и отечность покровов, сильнее выраженная в области сводов.   Вовлечение в воспалительный процесс внутренних половых органов и тазовой брюшины наблюдается исключительно редко, что, по-видимому, следует объяснить очень плотно сомкнутым цервикальным каналом у девочек. О. В. Новотельнова даже до применения химиопрепаратов и антибиотиков наблюдала только один случай пельвиоперитонита на 300 девочек, больных гонореей. Восходящая гонорея сопровождается небольшими болями внизу живота, часто схваткообразными. Такие же боли бывают при аскаридозе и аппендиците. Интоксикация проявляется ухудшением сна, раздражительностью, вялостью, понижением аппетита.  Материал для исследования из уретры и влагалища берут ушной ложечкой и наносят параллельно на 2 предметных стекла. Материал из прямой кишки можно взять ложечкой, но лучше исследовать промывные воды, получаемые через катетер с двойным током.  В случае отсутствия гонококков проводят провокацию: во влагалище через резиновый катетер вливают 3-4 мл 2% раствора нитрата серебра или 1% раствора Люголя на глицерине; в уретру закапывают глазной пипеткой 1% раствор Люголя, а в прямую кишку вводят 2 мл 1% раствора Люголя. Девочкам старше 3 лет одновременно вводят внутримышечно гонококковую вакцину (150-200 млн. бактериальных тел). Через 24, 48, 72 ч из уретры, влагалища и прямой кишки берут материал для мазков, а через 96 ч материал для посева.  Диагноз гонореи ставится только после обнаружения типичных гонококков в отделяемом из гениталий.   Дифференциальную диагностику следует проводить с не гонококковым вагинитом, который может развиться в результате проникновения микроорганизмов из окружающей среды или гематогенным путем при инфекционных заболеваниях, при трихомонозе, кандидозе, при механическом (онанизм, инородное тело, введенное во влагалище) и термическом раздражениях, часто при энтеробиозе, а также при нарушении обмена веществ.  Прогноз благоприятный при своевременном и правильном лечении.  Лечение. Ребенка, больного гонореей, госпитализируют.   В течение всего периода введения антибиотиков назначают постельный режим с ежедневной сменой нательного и постельного белья. Проводится общеукрепляющее лечение.  Установление излеченности. Все девочки дошкольного возраста остаются в стационаре в течение 1 месяца после окончания лечения для установления излеченности.   В этот период им проводится 2-3 провокации со взятием мазков в течение 3 дней, затем делают посев. При нормальном клиническом состоянии и благоприятных результатах повторных лабораторных исследований отделяемого (посев и мазки) из уретры, влагалища и прямой кишки до и после провокации ребенок допускается в детский коллектив.  Девочки школьного возраста после лечения и контрольной провокации с последующими бактериологическими и бастериоскопическими исследованиями подлежат в дальнейшем обследованию в диспансере в течение 3 месяцев.  Профилактика. Для предупреждения заболевания гонореей дети должны иметь отдельную постель и предметы ухода (губка, полотенце, ночной горшок). Гениталии у девочек, поступающих в детский коллектив, должен осматривать педиатр, а при подозрении на гонорею - венеролог. В яслях и детских садах должны быть индивидуальные ночные горшки. Старших детей следует мыть под душем, младших подмывать проточной водой, обтирая отдельным для каждого ребенка полотенцем. При заболевании гонореей ребенка или сотрудника детского учреждения венеролог осматривает всех детей и персонал. Обслуживающий персонал перед поступлением на работу в детское учреждение проходит осмотр у венеролога; берут мазки из уретры, шейки матки и прямой кишки. Такие осмотры венерологом повторяются в дальнейшем каждые 3 месяца. |