

Орофарингеальная гонорея (Обзор литературы)

Кулешов И. В., Лин В. Н., Дмитриченко Т. Л., Кириуцов А. М.

ОКУ «Криворожский кожно-венерологического диспансер»

Представлен обзор литературы о поражениях слизистой оболочки полости рта гонококком. Рассмотрены клинические проявления заболевания. Представлены современные методы лабораторной диагностики орофарингеальной гонореи. Сделан вывод о необходимости обследования на гонорею больных с воспалительными процессами полости рта врачами различных специальностей.

Ключевые слова: орофарингеальная гонорея, слизистая оболочка полости рта, клинические проявления.

За последние годы возросло количество сообщений о случаях выявления орофарингеальной гонореи [21, 22, 25].

Орогенитальные контакты становятся все более принятыми и даже популярными среди разных слоёв населения. Ряд авторов провели анализ анонимных опросов больных с инфекциями, передающимися половым путем, а также лиц, обратившихся для обследования на эти заболевания. Орогенитальному контакту перед традиционным отдали предпочтение 27 % мужчин и 42 % женщин, полагая, что подобные контакты предохраняют их от заражения венерическими инфекциями [12].

Орофарингеальная гонорея в виде отдельных случаев была описана еще в 19 веке [2].

Известный французский венеролог Жюль Жане писал (1930): «Наблюдаются очень редкие случаи заражения гонореей путем *coitus per os*. Я нашел три подлинных случая такой инфекции. Они происходили в публичных домах» [4].

Систематическое изучение орофарингеальной гонореи началось в начале 1970-х гг. *Odegaard K. et al.* (1973) обследовали 1440 больных урогенитальной гонореей и у 7 % выявили орофарингеальную гонорею, причем у 1,1 % гонококки были обнаружены только на слизистой полости рта. *Pariser H.* (1972) установил, что из 586 лиц, больных гонореей, *fellatio* практиковали 138 (24 %); из них у 31 (22 %) выявлена орофарингеальная гонорея.

Капцева Г. С. с соавт. (1979) при обследовании 200 женщин, больных урогенитальной гонореей, выделила кокки со слизистой полости рта [6].

По сводной статистике В. Г. Коляденко с соавт. (1993), гонококковая инфекция полости рта встречается у 7 % гетеросексуальных мужчин, у 12 % женщин и 25 % гомосексуалистов с гонореей мочеполовой системы [10].

По данным И. И. Маврова с соавт. (2007), орофарингеальная гонорея встречается у 7 % мужчин-гомосексуалистов и у 45-95 % женщин, имеющих орогенитальные контакты [14].

Patton M. et al. (2014) при обследовании 14520 мужчин-гомосексуалистов у 7,9 % выявили орофарингеальную гонорею [21].

Гонококковые поражения слизистой полости рта возникают в основном при орогенитальном контакте; допускается заражение при поцелуе [14]. При гонорее чаще поражается глотка и миндалина, реже встречаются стоматиты, гингивиты, ларингиты [1].

Слизистая полости рта и гортанная часть глотки, а также небные миндалины покрыты неороговевающим плоским эпителием; кроме того, полость рта характеризуется слабым развитием мышечного слоя слизистой оболочки и отсутствием в некоторых участках подслизистой оболочки. Поэтому фактором, способствующим развитию гонококкового процесса в органах, покрытых плоским эпителием, является механическая, термическая и химическая травматизация [3].

Гонококковые фарингиты и тонзиллиты обычно сочетаются с гонореей мочеполовой системы. Однако у 1-5 % больных гонококковые фарингиты и тонзиллиты выявляются изолированно [14].

From и Vien (1974), при обследовании методом аспирации 130 больных гонореей, у 12 % выявили гонорею миндалин; у двух больных поражение миндалин было единственным проявлением гонореи. Гонококковые поражения миндалин встречались у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Из 18 больных женщин, 16 указали, что имели орогенитальные контакты; из 10 мужчин 9 имели подобные контакты [6].

Гонококковые фарингиты и тонзиллиты

практически не отличаются от таковых другой этиологии [5]. Возможны незначительные боли в области зева, умеренная гиперемия слизистой оболочки миндалин и гортанной части глотки, гортани [14]. У большинства лихорадка отсутствует; однако возможно наличие температурной реакции, увеличение лимфатических узлов [2, 3, 6].

Iuhlin I. (1980) отмечает: 10 % больных орофарингеальной гонореей жалуются на боли в горле, осиплость голоса, першение в горле и неприятные ощущения при глотании [2].

Глозман В. Н. (1978) наблюдал больного гонорейным тонзиллитом. На миндалине была четко ограниченная эрозия серо-розового цвета неправильных очертаний. В материале с эрозии были выделены гонококки. Урогенитальная гонорея не обнаружена [8].

Гонококковый стоматит встречается редко, хотя, по мнению многих авторов [1], он встречается чаще, чем принято считать, и остается нераспознанным в связи с тем, что осмотр полости рта у больных урогенитальной гонореей практически не проводится, а в большинстве случаев гонококковый стоматит протекает асимптомно [5].

Кравченко В. Г. с соавт. [12] наблюдали случай заражения гонореей больного К. 53 лет при орогенитальном контакте с А. 18 лет. При обследовании А. выяснилось, что она – *virgo*; гонорея в мочеполовой системе не обнаружена. В полости рта на правой щеке и твердом нёбе у А. обнаружены очаговые изменения в виде мягких налетов серо-белого цвета, в материале из которых был выделен гонококк. Воспалительный процесс в полости рта протекал асимптомно.

Гонококковый стоматит может протекать с выраженными клиническими проявлениями. Инкубационный период обычно короткий. Через два дня после заражения больные жалуются на сухость и жжение в полости рта, в дальнейшем – на усиление отделения слюны, содержащей слизисто-гнойные примеси; иногда – на неприятный запах изо рта.

Клинические проявления гонококковых стоматитов не отличается от таковых при воспалении слизистой рта другой этиологии [2, 15]. Чаще всего поражается слизистая губ, дёсен, боковых и нижних поверхностей языка и дна полости рта [12]. Слизистая отёчна, гиперемирована, покрыта большим количеством серого, иногда зеленовато-гнойного налёта [1, 2, 15].

В более тяжелых случаях, при отсутствии лечения, процесс может распространяться; по-

является большое количество эрозий и язв на слизистой рта. Язвочки поверхностные, небольших размеров, с неправильными, не подрытыми или малоподрытыми краями, малоблезненные, с незначительным желто-серым отделяемым, в котором обнаруживаются гонококки, что подтверждает диагноз [5].

Гистологически определяется воспалительный процесс в подслизистой соединительной ткани с инфильтрацией лимфоцитами, нейтрофилами, плазматическими клетками [5].

Гонококковый процесс в ротовой полости протекает поверхностно, при этом рубцы не образуются; в результате лечения больные полностью выздоравливают [15].

Исключительно редко встречаются гонорейные изъязвления языка [3].

Гонококковый стоматит может возникнуть у новорожденных при попадании гонококков в полость рта ребенка во время родов при прохождении через инфицированные родовые пути матери [5, 7]. Течение гонореи полости рта и глотки у новорожденных, как правило, асимптомное [5]. Поражение носит умеренный характер. Акт сосания не расстроен [1, 2, 7].

Гонорея полости рта у новорожденных может протекать и с более выраженной клинической картиной: появление гиперемии, отёка и даже эрозий и язв на слизистой оболочке щёк, языка, по краю дёсен [7].

По данным Луковского И. Г., вскоре после рождения ребенка гонококковый стоматит может проявляться довольно сильным очаговым покраснением слизистой оболочки; в эпителиальном слое возникает желтоватое окрашивание, затем появляются кровоточащие экскорации с гнойным отделяемым. Типичной локализацией воспалительного процесса считают мягкое нёбо, нёбный шов, боковые поверхности нёбного свода, спинка языка. Остается свободным ободок по периферии уздечки [2].

Urban M. et al. (1977) сообщили о случае развития гонококкового абсцесса у 7-10-дневного ребенка в сочетании с фарингитом [8].

Гонококковые стоматиты наблюдаются у маленьких детей при внесении руками гонококков из половых органов в полость рта [8, 14].

На современном этапе основным методом диагностики орофарингеальной гонореи является культуральный метод. Микроскопический метод с окраской по Граму не применяется [16].

Материал для микроскопического исследования берется стерильным ватным тампоном

или дакроновым тампоном на алюминиевой ручке. Тампоном проводят по задней стенке глотки выше нижнего края мягкого нёба, а также по поверхности миндалин. Использование ложек Фолькмана не рекомендовано [16].

Для подтверждающей идентификации нейсерий используются следующие тесты [17]:

- изучение ферментативной активности;
- иммунологические тесты (прямая иммунофлюоресценция, коаггутинация);
- молекулярно-биологические методы (метод амплификации нуклеиновых кислот).

Ферментативную активность *N. gonorrhoeae* изучают, используя чистые культуры гонококков; проводят идентификацию *N. gonorrhoeae* и ее дифференциацию от других нейсерий и сходных видов [17].

Для выявления орофарингеальной гонореи используются ДНК/РНК методы (молекулярно-биологические методы – МБМ), такие как [17]:

- ПЦР (полимеразная цепная реакция);
- *SDA* (strand displacement amplification);
- *TMA* (transcription mediated amplification) и др.

МБМ позволяют обнаружить инфекцию по нескольким молекулам ДНК при исследовании различных биологических материалов. Чувствительность этого метода составляет 96,5-99 %, специфичность – 99,7-100 % [11, 25].

МБМ – скрининговый метод. При выявлении ДНК / РНК *N. gonorrhoeae* требуется подтверждение культуральным методом или альтернативным методом амплификации нуклеиновых кислот [16].

Для диагностики орофарингеальной гонореи широко используется коммерчески доступный и обладающий высокой чувствительностью тест

NAAT (Nucleic acid amplification test) [18, 20, 23].

Таким образом, учитывая, что орофарингеальные контакты становятся всё более принятыми и даже популярными среди различных слоев населения, это становится более частой причиной для возникновения заражения ИППП, в частности, гонореей слизистой полости рта и передачи инфекции при ороргинальных контактах [12].

Специфические поражения слизистой рта не имеют выраженных клинических проявлений и зачастую протекают асимптомно [11].

Нераспознанные формы становятся крайне важными с эпидемиологической точки зрения, а также могут быть причиной диссеминации гонококковой инфекции.

По-видимому, следует признать необходимым исследование на гонорею со слизистой полости рта у лиц, бывших в контакте с больными гонореей, но не имеющих гонорею мочеполовой системы. Исследование следует проводить даже в тех случаях, когда урогенитальные контакты отрицают, особенно, если в анамнезе отмечены боли в горле [3].

Возможность поражения полости рта гонореей стимулирует рассматривать эту инфекцию как междисциплинарную проблему [11].

Дерматовенерологи при проведении семинарских занятий должны нацеливать врачей-стоматологов, отоларингологов, терапевтов, врачей семейного профиля на возможности инфицирования гонореей полости рта и необходимости шире использовать методы современной диагностики у лиц, страдающих заболеваниями слизистой полости рта и тканей пародонта [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Божко Н. А. Клинические проявления венерических инфекций полости рта / Н. А. Божко // Дерматология та венерология. – 2004. – № 1 (23). – С. 57-60.
2. Венерические болезни / Под ред. О. К. Шапошникова. – М.: Медицина, 1991. – С. 345-346
3. Глозман В. Н. Экстрагенитальная гонорея (обзор литературы) / В. Н. Глозман, Ю. К. Скрипкин, А. А. Скуратович // Медицинский реферативный журнал. Раздел 11. – М., 1976. – № 9. – С. 25-29.
4. Жане Ж. Диагностика и лечение мужской и женской гонореи / Ж. Жане. – М.-Л.: «Госиздательство», 1930. – 371 с.
5. Заболевания слизистой полости рта / Под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. – М.: Медицина, 1984. – С. 106-107.
6. К вопросу об экстрагенитальной локализации гонорейной инфекции / К. С. Капцева, В. Н. Беднова, В. В. Ковалева и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 1979. – № 6. – С. 59-63.
7. Карышева К. А. Гонорея и некоторые негонорейные заболевания мочеполовых органов у детей / К. А. Карышева. – М.: Медгиз, 1946. – 41 с.
8. Кожные и венерические болезни / Под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. В 2-х тт. – Т. 1 – М.: Медицина, 1999. – С. 629-630
9. Кожные болезни и инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. Ю. Ф. Айзятупова. – Донецк: «Каштан», 2013. – С. 562-563.
10. Патогенез, клиника, диагностика и лечение сифилиса и гонореи / В. Г. Коляденко, В. И. Степаненко, В. Н. Беднова, Г. Ф. Любанов. – К.: Здоровье, 1993. – 97 с.
11. Комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями, вызываемыми микст-инфекцией / В. Г. Клементьев, А. Д. Дюдюн, В. В. Гладышев и др. // Дермато-

- венерология. Косметология. Сексопатология. – 2010. – № 1-2. – С. 285-286.
12. *Кравченко В. Г.* Орогенітальні контакти, як передумова ізольованого ураження венеричними інфекціями слизової оболонки порожнини рота / В. Г. Кравченко, Л. І. Ковальова, О. В. Кравченко // Журнал дерматологии и венерологии. – 1998. – № 1 (5). – С. 77-78.
 13. *Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем* / Под ред. Н. М. Овчинникова, В. Н. Бедновой, В. В. Делекторского. – М.: Медицина, 1997. – С. 238-240.
 14. *Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии* / Под ред. И. И. Маврова, Л. А. Болотной, И. М. Сербиной. – Харьков: Факт, 2007. – С. 578-599
 15. *Половые болезни* / Под ред. Маврова И. И. – Харьков: Факт, 2003. – С. 342-343.
 16. *Руководство по лабораторной диагностике инфекций урогенитального тракта* / Под ред. М. Домейки, В. Савичевой, Е. Соколовского, Р. Балларда, М. Унемо. – СПб.: Н-Л, 2012. – С. 52-83.
 17. *Руководство по лабораторной диагностике инфекций урогенитального тракта* / Под ред. М. Домейки, В. Савичевой, Е. Соколовского, Р. Балларда, М. Унемо // СПб.: Н-Л, 2012. – С. 76-83.
 18. *Hammerschlag M. R.* Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children / M. R. Hammerschlag, C. D. Guillen // Clin. Microbiol. – 2010. – Vol. 23. – P. 493-506.
 19. *Gonococcal infections* / A. K. Workowski, S. Berman *et al.* // Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). – 2010. – Desember. – Vol. 59, No. 17. – P. 12-49.
 20. *Papp I.* Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae / I. Papp, I. Schachter, A. Charlott *et al.* // Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). – 2014. – March. – Vol. 14. – P. 1-19.
 21. *Patton M.* Extragenital chlamydia, gonorrhea common in MSM, but often missed / M. Patton // Clin. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 58, No 11. – P. 1564-1570.
 22. *Percy L.*, Extra-genital gonorrhea testing in heterosexual / L. Persy, K. Langley, E. Harrison *et al.* // Sex. Transm. Infect. – 2015. – Vol. 91. – P. 24-25.
 23. *Skovgaard S.* Genital and extragenital screening for gonorrhoea using the BD Probetec ET System with an in-house PCR method targeting the por A pseudogene as confirmatory test / S. Skovgaard, H. K. Lansen, C. Sand *et al.* // Acta Derm. Venereol. – 2012. – Vol. 92. – P. 45-49.
 24. *Templeton D. I.* Prevalence, incidence and risk factors for pharyngeal gonorrhea in a community-based HIV-negative cohort of homosexual men in Sydney, Australia / D. I. Templeton., F. Jjn, L. McNally *et al.* // Sex. Transm. Infect. – 2010. – Vol. 86. – P. 90-96
 25. *Trebach J. D.* Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis among women reporting Extragenital exposures / J. D. Trebach, C. P. Chaulk, K. R. Page *et al.* / Sex. Transm. Dis. – 2015. – Vol. 42, No 5. – P. 233-239

ОРОФАРИНГЕАЛЬНА ГОНОРЕЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Кулешов І. В., Лін В. М. Дмитриченко Т. Л., Кіриуцов О. М.

ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Представлено огляд літератури про ураження слизової оболонки порожнини рота гонококом. Розглянуто клінічні прояви захворювання. Приведено сучасні методи лабораторної діагностики орофарингеальної гонореї. Зроблено висновок щодо необхідності обстеження на гонорею хворих із запальними процесами ротової порожнини лікарями різних фахів.

Ключові слова: орофарингеальна гонорея, слизова оболонка порожнини рота, клінічні прояви.

OROPHARYNGEAL GONORRHEA (A LITERATURE REVIEW)

Kuleshov I. V., Lin V. M., Dmytrychenko T. L., Kiriutsov O. M.

Regional Communal Institution "Kryvyi Rig Dermatovenerologic Dispensary"

A review of the literature on the lesion of the oral mucosa by gonococcus has been presented. The clinical manifestations of the disease have been considered. Modern methods of laboratory diagnosis of oropharyngeal gonorrhea have been presented. The conclusion on the necessity of examination for gonorrhea of patients with inflammatory processes in the oral cavity by doctors of different specialties has been made.

Keywords: oropharyngeal gonorrhea, oral mucosa, clinical manifestations.

Кулешов Иван Васильевич – врач-дерматовенеролог высшей категории, главный врач ОКУ «Криворожский кожно-венерологического диспансер».

Лин Владимир Николаевич – врач-дерматовенеролог высшей категории, врач диспансерного отделения ОКУ «Криворожский кожно-венерологического диспансер».

Дмитриченко Татьяна Леонидовна – врач-бактериолог высшей категории, заведующая лабораторным отделением ОКУ «Криворожский кожно-венерологического диспансер».

Кириуцов Александр Михайлович – врач-дерматовенеролог высшей категории, врач диспансерного отделения ОКУ «Криворожский кожно-венерологического диспансер».

kuleshovKVD@ukr.net