рые могут вызвать даже минимальное натяжение сшиваемых тканей (пластика по Постемпскому и Кукуджанову). С 2004 г. мы применяем аллопластику полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну [8, 9] и двуслойную пластику с помощью лоскута, выкроенного из влагиалища прямой мышцы живота по оригинальному методу [7].

До внедрения в практику новых подходов к лечению паховых грыж было прооперировано 645 больных. Отдаленные результаты лечения (от 1 до 5 лет) изучены у 429 пациентов. Паховая грыжа рецидивировала у 8 (1,8%) пациентов. После внедрения в практику пластики по Лихтенштейну и предложенному нами способу было проведено 388 операций. Отдаленные результаты от одного года до 4 лет изучались у 290 больных: рецидивы развились только у 2 (0,7%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной герниопластики» // Герниология. — 2004. — № 4. — С. 3–7.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М.: ООО МИА, 2005. — 384 с.
3. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. — М.: Медицина, 1968. — 171 с.
4. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. — М.: Меди-

616.64.643-002.2:576.893.161.21:616.97

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРЕТРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Расим Миндрахманович Абдрахманов¹, Булат Васильевич Халилов¹,
Дмитрий Валентинович Рюмин²

¹Кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. Р.М. Абдрахманов) Казанского государственного медицинского университета, ² кафедра дерматовенерологии и клинической микологии с курсом лабораторной диагностики и лабораторной микологии (зав. — проф. Э.А. Баткаев)
Российской медицинской академии последипломного образования

Реферат

Проведено обследование 258 больных хроническим рецидивирующим трихомониазом в Казани и Москве методами сухой и ирригационной уретроскопии. Обнаружена сравнительная частота диагностических находок, среди которых преобладали мягкие инфильтраты передней (23,6%) и задней (25,2%) уретры. Отмечены варианты топических особенностей современного течения урогенитального трихомониаза с поражением поверхностных слоёв слизистой оболочки уретры.

Ключевые слова: урогенитальный трихомониаз, влагиалищные трихомонады, уретроскопия, структура диагностических находок, топическая диагностика.

504

цина, 1969. — 440 с.

5. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. — М.: Медицина, 1979. — 104 с.

6. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.

7. Островский В.К. Метод пластики задней стенки пахового канала при паховых грыжесечениях // Казанский мед. ж. — 2009. — №3 (10). — С. 434–435.

8. Lichtenstein J.J. The tension free hernioplasty // Am. J. Surg. — 1989. — Vol. 57. — P.188–193.

9. Lichtenstein J.J. Twenty guestens about hernioplasty // Am. J. Surg. — 1991. — Vol. 57. — P.730–733.

Поступила 28.09.09.

NEW APPROACHES TO PREVENTION OF RECURRENCE OF INGUINAL HERNIAS

V.K. Ostrovsky, I.E. Filimonchev

Summary

Depending on the localization of recurrent inguinal hernias, as well as on the intraoperative findings and the identified technical errors during the initial operations the authors identified five types of recurrent inguinal hernias (lateral, median, medial, total and false). Prevention of recurrences of inguinal hernias includes mandatory strengthening the back wall of the inguinal canal, the usage of plastics methods, which do not lead to tension of the sewed tissues, stitching together homogeneous tissue. The usage of alloplastics and a newly developed method has made it possible to reduce the frequency of recurrences of inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia recurrences, prevention.

Таблица 1

Варианты уретроскопических находок у больных хроническим, торпидно-протекающим, рецидивирующим трихомониазом

Уретроскопические находки	Больные	
	абс.	%
Мягкий инфильтрат передней уретры	61	23,6
Переходный инфильтрат передней уретры	7	2,7
Литтрейты	30	11,6
Морганииты	25	9,7
Стриктуры уретры	19	7,4
Полипы уретры	4	1,6
Грануляции уретры	16	6,2
Остроконечные кондиломы уретры	18	7,0
Колликулиты	78	30,2
Всего	258	100

до 1–3 дней. Болезнь не имеет сезонного характера, заболеваемость различных слоев населения во всем мире примерно одинакова [1]. Трихомонадные поражения мочеполовой системы по своей значимости остаются одной из наиболее актуальных проблем современной венерологии. Трудности диагностики трихомонадной инфекции у мужчин обусловлены многими причинами, в частности большим разнообразием морфологически измененных форм влагалищных трихомонад, затрудняющих микроскопическую их идентификацию, а также некоторыми особенностями анатомического строения мужской уретры. При трихомонадном поражении задней части уретры и придаточных половых желез за счет барьерной функции мембранозного сфинктера не всегда удастся обнаружить возбудителя в передней уретре. Наши личные наблюдения показывают, что число ложноотрицательных результатов при выявлении трихомонад рутинными методами остается достаточно большим и даже преобладает над ложноположительными допущенными результатами, что, возможно, связано с техническими погрешностями, допущенными при взятии материала. Визуальная топическая диагностика (например, при уретроскопии) с одновременным взятием биологической пробы из очагов поражения и верификацией возбудителя микроскопическим и культуральными способами может повысить специфичность метода.

Уретроскопия – важный метод инструментального обследования состояния слизистой оболочки уретры при воспалительных и дегенеративно-дистрофических процессах, вызванных различными патогенными микроорганизмами, в том числе влагалищными трихомонадами. Уретроскопические исследования, проведенные нами у 258 больных по поводу рецидивирующего трихомониаза (РТ) в Казани и Москве, показали значительное сходство диагностических признаков, поэтому мы сочли возможным объединить результаты наблюдений в обоих городах в один блок информации (табл. 1).

Таблица демонстрирует высокую частоту мягких инфильтратов в передней и задней уретре (соответственно 23,6% и 30,2%) при рецидивирующей трихомонадной инфекции. Хотя некоторые иссле-

дователи, в частности И.М. Порудоминский (1968) и И.И. Ильин (2005) считают, что патоморфологические изменения слизистой оболочки уретры, вызванные трихомонадной инвазией, не отличаются от ИППП [2, 3], мы отметили некоторые новые топические особенности этого заболевания. В частности, воспалительный процесс при трихомонадном уретрите в настоящее время обычно поверхностный, в отличие от того, что описывалось в специальной научной литературе в середине и конце XX века. Другой особенностью является образование мягких инфильтратов слизистой оболочки уретры при трихомониазе. Очень редко мы наблюдали переходный и твердый инфильтраты. Обращало на себя внимание очаговое расположение мягких инфильтратов при трихомонадных уретритах, которые сравнительно легко распознаются при уретроскопии и являются дополнительным критерием для постановки диагноза РТ. При мягких инфильтратах уретры слизистая оболочка гиперемирована и отечна, количество складок уменьшено, сосудистый рисунок не просматривается. Эпителиальный покров матовый и легко кровоточит при касании тубусом уретроскопа. Количество и размеры мягких инфильтратов варьируют и могут локализоваться в любом отделе уретры, что обычно коррелирует с продолжительностью заболевания.

Известно, что *T. vaginalis* посредством ряда агрессивных протеиназ, и в частнос-

ти гликопептида, названного клеточным разъединяющим фактором (КРФ), разрушает межклеточные связи и стимулирует очаговое воспаление в подслизистом слое. Именно так можно объяснить инфильтраты слизистой оболочки уретры у мужчин, длительно (более 3 месяцев) страдающих трихомониазом.

В качестве иллюстрации приводим несколько наблюдений РТ из нашей практики.

1. У больного Г. 1967 г.р., проживающего в г. Казани, в 2007 г. наблюдалось обострение хронического эпидидимоорхита справа, резистентного к антибактериальным препаратам широкого спектра действия. При микроскопическом исследовании мазка из уретры, а также ПЦР соскоба из уретры влагалищные трихомонады не обнаружались. При ирригационной ретроградной уретроскопии были установлены инфильтраты семенного бугорка в виде «головы лягушки» предположительно трихомонадной этиологии. Смывы с задней уретры с последующим посевом на питательную среду СКДС позволили выявить трихомонады в биологическом материале. Проведенное в дальнейшем лечение препаратами из группы 5-нитроимидазола в сочетании с местными манипуляциями полностью санировало очаги воспаления и купировало симптоматику РТ. Рецидивов заболевания в течение последующих 2 лет динамического наблюдения не отмечалось.

2. Больной Д. 1966 г.р., житель г. Москвы, в течение 2002–2005 гг. безуспешно лечился в различных государственных (КВД, поликлиники) и частных профильных медицинских центрах по поводу торпидно-протекающего урогенитального трихомониаза с неоднократными рецидивами инфекции. Заболевание клинически проявлялось частыми обострениями уретропростатита и двустороннего эпидидимита.

Больной жаловался на чувство дискомфорта в мочеиспускательном канале и периодически возникающий зуд в уретре вне связи с временем года, суток или мочеиспусканием, усиливающийся после приема любых алкогольных напитков. Половые связи в браке и вне брака в течение 2 последних лет отрицал. Супруга больного находилась под наблюдением у гинеколога в связи с миомой матки и рецидивирующим урогенитальным кандидозом. В соответствии с протоколом обследования больных на ИППП, были взяты соскобы из уретры для микроскопического и бактериологического исследований, а также ПЦР на ДНК *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Herpes sympl. virus*, *Cytomegalovirus*, *Cardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*. В результате обследования

ИППП у пациента не были обнаружены – рекомендовано уретроскопическое исследование. При сухой уретроскопии тубус свободно прошел до наружного сфинктера мочевого пузыря. Слизистая уретры розовато-красного цвета, местами с сероватым налетом на поверхности. Складки слизистой равномерные. Центральная фигура правильная. В средней 1/3 уретры имелись гиперемия устья литтриевых желез, умеренно выраженный мягкий инфильтрат. В области задней уретры – выраженные, кровотокащие при касании тубусом уретроскопа грануляции слизистой оболочки. С их поверхности был взят соскоб для микроскопического исследования и произведено тщательное туширование этих грануляций 20% раствором $AgNO_3$.

Заключение протокола уретроскопического исследования: хронический уретрит, литтрит, грануляции задней уретры. При последующей микроскопии данного препарата с окраской по Романовскому–Гимзе обнаружались многочисленные полиморфные трихомонады с признаками активности, многочисленные дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Больному был назначен курс орнидазола (внутри по 0,5 г два раза в день, 10 дней) в сочетании с массажем уретры на буже и тотальными инстилляциями раствора метрогила в уретру (по 6 мл препарата два раза в день, 10 дней). Через 2 недели от момента окончания комплексного лечения наступила санация трихомонадной инфекции, подтвержденная результатами повторного лабораторного и уретроскопического исследований. В течение 3 лет динамического наблюдения рецидивов РТ у пациента не отмечалось.

3. Больной Д. 1954 г.р., житель Московской области, в течение 2000–2005 гг. лечился по поводу торпидно-протекающего урогенитального трихомониаза с многократными рецидивами. Заболевание в течение указанного периода клинически проявлялось частыми обострениями уретропростатита и правостороннего эпидидимита. Больной жаловался на периодически возникающий зуд в уретре вне связи со временем года, суток или мочеиспусканием, усиливающийся после приема любых алкогольных напитков или половых связей. Женат, имеет 2 взрослых детей. Практикует только защищенные половые контакты. Половые связи вне брака отрицает. Жена пациента регулярно обследуется у гинеколога, здорова. В соответствии с протоколом обследования больных на ИППП были взяты соскобы уретры для микроскопического и бактериологического исследований, а также ПЦР для выявления ДНК *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Herpes sympl. virus*, *Cytomegalovirus*, *Cardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*. ИППП у пациента не обнаружались: рекомендовано уретроскопическое

исследование. При сухой уретроскопии тубус уретроскопа был свободно введен в заднюю уретру, на задней её стенке имелись кровотокающие, «бахромчатые» разрастания. Слизистая передней уретры розового цвета. Центральная фигура правильная, складки слизистой равномерные. В области ладьевидной ямки – слабая гиперемия.

Заключение протокола уретроскопического исследования: явления хронического уретрита слизистой передней уретры, грануляции задней уретры. Взят соскоб с грануляций для микроскопического исследования. Произведено туширование грануляций задней уретры 20% раствором AgNO_3 . Проведенная микроскопия препарата с окраской по Романовскому–Гимзе обнаружила многочисленные клетки с признаками активности, морфологически сходные с *Trichomonas vaginalis*, многочисленные споры и мицелий дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Больному назначен курс орнидазола внутрь (по 0,5 г два раза в день, 10 дней) в сочетании с тотальными инстилляциями в уретру раствора метронидазола (по 6 мл препарата два раза в день, 10 дней). Через 3 недели комплексного лечения наступила санация РТ, подтвержденная результатами повторного лабораторного и уретроскопического исследований. В течение 3 лет динамичного наблюдения рецидивов инфекции не отмечалось.

В заключение еще раз отметим односторонность изменений в уретральном канале у мужчин независимо от места их жительства, больных хроническим, торпидно-протекающим, рецидивирующим трихомониазом, диагностированным путем сухой и ирригационной уретроскопии. По нашему мнению, при рецидивирующих формах трихомонадной инфекции таким больным в случае отсутствия противопоказаний показана топическая диагностика путем уретроскопических исследований. В случаях воспалительных и воспалительно-инфильтративных поражений уретры этиотропная и патогене-

тическая терапия должны сочетаться с местным лечением: осторожные массажи уретры на буже, массажи простаты, тотальные инстилляций уретры растворами антисептиков и/или раствором метронидазола, а также с прижиганием (тушированием) грануляций в задней уретре 20% раствором AgNO_3 , что в комплексе лечебных мероприятий позволяет санировать торпидно-протекающую трихомонадную инфекцию у больных – одну из актуальных проблем венерологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин И.И. Негаококковые уретриты у мужчин. – 4-е изд., стереотип. – М.: Медицинская книга, 2005. – 288 с.
2. Порудоминский И.М. Половые расстройства у мужчин. – М.: Медицина, 1968.
3. Якубович А.И., Чурин А.Е. Хронический урогенитальный трихомониаз. – Иркутск, 2005. – 128 с.

Поступила 09.09.09.

THE DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF URETHROSCOPIC INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT TRICHOMONIASIS

R.M. Abdrakhmanov, B.V. Khalilov, D.V. Rumin

Summary

Examined were 258 patients with chronic recurrent trichomoniasis in the cities of Kazan and Moscow by using the methods of dry and irrigation ureteroscopy. Established was a comparable frequency of diagnostic findings, among which soft infiltrates of the anterior and posterior urethra dominated. Marked were variations of topical peculiarities of the modern course of urogenital trichomoniasis affecting the surface layers of the mucous membrane of the urethra. In addition, soft infiltrates in trichomoniasis urethritis are not located diffusely, but rather in the form of foci.

Key words: urogenital trichomoniasis, vaginal trichomonads, ureteroscopy, the structure of diagnostic findings, topical diagnosis.