

дильниц, клинически подозрительных на токсоплазмоз, положительные РСК были у 30% обследованных.

Обследованные женщины были в возрасте от 17 до 43 лет. С возрастом замечено учащаются положительные реакции, на что указывали еще Ировец и Ира. Некоторые авторы объясняют учащение положительных реакций у пожилых людей изменением белкового состава крови (повышение глобулина).

Нас интересовала зависимость частоты положительных реакций от срока беременности, так как А. Арезин (1956) указывал, что РСФ становится положительной в поздние сроки беременности также в связи с изменением белкового состава крови, то есть реакция может быть неспецифичной. Мы изучили распределение положительных реакций по срокам беременности и не заметили учащения положительных реакций с увеличением срока беременности. По-видимому, и учащение положительных реакций в связи с возрастом объясняется более частыми встречами с инфекцией, а не влиянием белкового состава крови.

Для выявления возможных путей инфицирования мы собирали подробно эпидемиологический анамнез (профессия, контакт с животными, употребление в пищу сырых яиц, сырых мясopодуков). Нам удалось выяснить, что 533 женщины (23%) из обследованных нами 2295 беременных имели контакт с домашними животными и ели мясной фарш, сырые яйца. Причем контакт с животными был у 6%, а употребление сырых мясных продуктов — у 17% всех обследованных. Употребление недостаточно термически обработанных продуктов, по-видимому, имеет меньшее значение, так как нагревание до 45° убивает токсоплазмы через 15 минут (Л. Якобс, 1953). Из 533 женщин, имевших контакт с животными и употреблявших сырые мясные продукты, положительные реакции на токсоплазмоз были у 340 (63,7%), а у женщин с неотягощенным эпидемическим анамнезом у 193 из 1705 (11,4%). Итак, при отягощенном эпидемическом анамнезе положительные реакции на токсоплазмоз встречались в 5 раз чаще, чем при неотягощенном.

Выявлена также зависимость частоты положительных реакций и от акушерского анамнеза. При отягощенном акушерском анамнезе положительные реакции на токсоплазмоз были в 4 раза чаще, чем при неотягощенном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гершкович Г. М. Материалы по распространению токсоплазмоза в Западном Туркменистане. Автореф. канд. дисс., Красноводск, 1962.
2. Засухин Д. Н. Акуш. и гинек. 1956, 1.
3. Засухин Д. Н. и Иыгисте А. К. Там же. 1963, 3.
4. Орлов Г. А., Засухин Д. Н. и Головацкая Г. И. В кн. «Патофизиология внутриутробного развития». Медгиз, Л., 1959.
5. Никонова А. Н. Труды III съезда акушеров-гинекологов УССР, Киев, 1962.
6. Aresin A. В кн. «Токсоплазмоз». Медгиз, М., 1961.
7. Delascio D. Toxoplasmosis congenita aspectos clinicos, obstetricos e experimentais. Maternidade e infancia (Sao Paulo). 1956, 3, 181—532.
8. Wildführ G. Toxoplasmosis, Forschungs und untersuchungsergebnisse aus den Leipziger Universitäts Kliniken und Instituten, Iena, 1954.

Поступила 5 мая 1964 г.

УДК 616.993.1

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН

А. М. Корчемкин

Казанский городской кожно-венерологический диспансер (главврач — М. Н. Петухов) и первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В последние годы установлено повсеместное распространение уrogenитального трихомониаза среди мужчин. С 1960 г. по 31/XII 1964 г. под нашим наблюдением состояло 1584 человека, больных трихомониазом, из них 1130 болели свежей формой инвазии и 454 — хронической.

Больные жалуются на зуд, жжение в мочевом канале, те или иные дизурические явления — учащение дневного или ночного мочеиспускания (поллакиурия, никтурия), причем вторая и третья порции мочи обычно бывают чистыми. Выделения из уретры не обильные, гнойные или слизисто-гнойные белого или серого цвета. Сте-

пень помутнения первой порции мочи меньшая, чем при гонорее. При исследовании выделений обнаруживаются эпителиальные клетки в большом количестве. При уретроскопии задней уретры у некоторых хронических больных наблюдаются гиперемия, отечность семенного бугорка, иногда грануляции и фолликулярные образования. При уретроскопии передней уретры, производившейся у хронических и свежих больных в подостром периоде, инфильтрация в той или иной степени, в том числе инфильтративно-десквамативная форма, была найдена нами в 40%, инфильтративно-эрозивная — в 10%, инфильтративно-гранулярная — в 8%, открытый морганит установлен в 7%. В 35% слизистая оболочка уретры при уретроскопии была нормальной. Литтрейтов и осумкованных очагов (закрытых уретральных аденитов) мы не отмечали.

При наличии мягкого и переходного инфильтратов слизистая оболочка была гиперемированной, отечной или тусклой, продольная складчатость — грубой, плохо выраженной, сосудистый рисунок отсутствовал или был замечен очень слабо, центральная фигура была деформирована или зияла. Эрозии располагались в булбозной или в конце кавернозной части уретры. Они имели вид дефектов эпителия, на поверхности которых находились фолликулярные (пузырьковые) образования. Зернистость при гранулярной форме обнаруживалась на губках уретры и в кавернозной части ее; она была величиной с булавочную головку. У отдельных хронических больных в середине или конце кавернозной части уретры отмечались рубцовые стриктуры, отличавшиеся от стриктур, встречающихся при гонорее, большей податливостью.

Наш опыт позволяет рекомендовать следующую диагностическую методику. Мазки из уретры мужчин берутся из свободно стекающей капли (острый процесс), из капли, выделяющейся после легкой пальпации висячей части полового члена (подострый) или путем соскоба или смыва из первой трети передней уретры (хронический). Соскоб производится небольшой кюреткой или стеклянной лопаточкой, вводимыми в переднюю уретру на глубину 4—5 см. Предварительно рекомендуется ввести в уретру 1—2 капли физиологического раствора и слегка помассировать переднюю уретру из глубины кнаружи. Смыв из уретры производится глазной пипеткой, с помощью которой вводится в переднюю уретру несколько капель физиологического раствора. После пальпации полового члена введенная жидкость отсасывается обратно или же берется прямо на предметное стекло вслед за надавливанием на головку члена.

В случае ненахождения трихомонад при повторных исследованиях необходимо произвести исследование после провокации.

Мы применяем обычную комбинированную провокацию или инстилляцию в переднюю уретру 0,5% раствора ляписа в количестве 6 мл и одновременно назначаем алиментарную пробу — употребление пива и газированной воды в количестве 500 мл того и другого. Иногда трихомонады обнаруживаются лишь после второй такой провокации.

Исследование секрета простаты целесообразно производить после 3 сеансов диатермии на область простаты, а также внутримышечной инъекции 1—2 мл молока.

Трихомонады окрашиваются у мужчин в сухих окрашенных мазках. Наиболее распространена окраска мазков по Романовскому — Гимза, по Граму, по Пик — Якобсону и 1% метиленовой синью. Одновременно необходимо производить поиски гонококков, так как в 17,9—23,1% у мужчин встречается сочетанная трихомонадно-гонорейная инфекция. Для диагностики осложнений трихомониаза может быть применена реакция агглютинации с антигеном из культуры трихомонада. Обнаружение гранулярной или эрозивной формы уретрита может иметь некоторое дифференциально-диагностическое значение.

Непременным условием излечения трихомониаза является полное выявление очагов инфекции и одновременное лечение партнерши больного. Таким путем можно избежать аутогенных рецидивов и гетерогенной реинфекции. Главным принципом лечения должно быть щадящее и бережное отношение к тканям уретры и создание условий для повышения сопротивляемости организма. Применение метронидазола — препарата типа флагила — у наших больных оказалось неэффективным. При остром процессе мы назначаем курс тетрациклина с нистатином перорально по 200 тыс. ед. каждого 4—5 раз в день (5—6 млн. ед. на курс), а затем эритромицин по 0,2 4—5 раз в день (4—5 млн. ед. на курс). Тетрациклин с нистатином может быть заменен тетрациклином или окситетраклином по 200 тыс. ед. 4—5 раз в день (5—8 млн. ед. на курс). Согласно П. Бертрану, С. А. Бурову, В. Э. Жестяникову, антибиотики тетрациклин, нистатин проявляют трихомонацидное действие. Трихомонады исчезают, и выделения прекращаются уже на 2—3-й день после принятия первого антибиотика, последующее назначение эритромицина закрепляет полученные результаты. В заключение проводится 5—6 инстилляций в переднюю уретру 2% раствора протаргола по 6 мл или 0,5% ляписа для ускорения рассасывания инфильтрата в слизистой оболочке уретры. Больные считаются излеченными, если после окончания лечения трихомонады не обнаруживаются в течение месяца.

Лечение хронического трихомонадного уретрита целесообразно начинать с иммунотерапии и проводить в соответствии с данными топического диагноза. Комплексное,

в том числе пероральное лечение двумя курсами вышеуказанных антибиотиков дает лучшие результаты, чем одна местная терапия.

Для местного лечения применяются в течение 7—10 дней глубокие промывания уретры растворами оксицианистой (или цианистой) ртути, протаргола, ляписа (в разведении 1 : 6000), фурациллина (1 : 5000) поочередно 1 раз в сутки. Одновременно производятся инстилляциии в переднюю, иногда и в заднюю уретру порошкообразного окситетрациклина (или тетрациклина) в дозе 100 тыс. ед. на одну инстилляцию. Антибиотик растворяется в 3 мл 0,5 раствора новокаина, затем к этому раствору добавляется 3 мл глицерина. Инстилляциии делаются ежедневно в течение 7—10 дней в заднюю уретру через катетер (3 мл), а в переднюю — через металлический наконечник (6 мл). Применение такого наконечника исключает перенос трихомонад от одного больного к другому, так как подвергается кипячению.

При острых и хронических осложнениях трихомониаза (эпидидимитах и др.) проводится иммунотерапия (аутокровью, инъекциями молока, гоновакциной), а затем внутримышечные инъекции окситетрациклина, тетрациклина (по 100 тыс. ед. 1—2 раза в сутки в течение 5—10 дней) или стрептомицина (в курсовой дозе 2—3 млн. ед.).

В случаях сочетания трихомониаза и гонореи вначале назначается лечение гонорей, а затем трихомониаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачева Л. Г. Диагностика, лечение и профилактика трих. инвазии. Автореф. доктор. дисс. Львов, 1963.
2. Буров А. С. Влияние биомиицина на трихомонад. Автореф. канд. дисс. Л., 1956.
3. Жестяников В. Э. Сб. н. тр. Лен. НИИ антибиотиков, том II, Л., 1960.
4. Порудоминский И. М. Справочник дерматовенеролога. «Медицина», М., 1964.
5. Рогайлин В. И. Урология. 1964, 6.
6. Споров Н. Е., Корчемкин А. М., Колесов А. П. Трихомониаз мочеполовых органов человека. Медгиз, М., 1959.
7. Bauer H. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1961, 12.
8. Bertrand P. Les infestations à Trichomonas. Paris, 1957.
9. Keutel H. I. Hautarzt. 1959, Bd. 10, id Z.A.M.A. 1960, 1.
10. Nicol C. S. Brit J. ven. dis. 1958, 3.

Поступила 13 декабря 1963 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616—089.844

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИИ

П. В. Кравченко и В. С. Ефимов

Кафедра хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В течение последних лет возможности пластической хирургии значительно увеличились благодаря использованию синтетических материалов. Они в виде твердых и мягких пластмасс, нитей, сеток и тканей широко применяются для замещения больших дефектов мышечно-апоневротических слоев передней брюшной стенки, диафрагмы, для пластики кровеносных сосудов, для восстановления проходимости желчевыводящих протоков, пищевода, трахеи, при восстановительных операциях на костной системе.

Многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов выявлено, что такие синтетические материалы, как капрон, нейлон, ивалон, тефлон и др., по своим физико-химическим свойствам являются индифферентными к живым тканям, не вызывают в них выраженных реакций и безвредны для организма. Возможно, это обусловлено некоторой близостью молекулярного строения синтетических веществ и клеток живых организмов, которые, по мнению Н. З. Монакова, являются полимерами.

Изучены закономерности живления аллопластических материалов. Установлено, что вокруг гладкого, монолитного имплантата, погруженного в мягкие ткани, постепенно формируется герметичная соединительнотканная капсула с последующим образованием фиброзного футляра, а пористые пластмассы, кроме того, прорастают соединительнотканными волокнами.