

**Государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования «Казанская  
государственная медицинская академия» Министерства  
здравоохранения и социального развития Российской Федерации.**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования «Казанский государственный  
медицинский университет» Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской Федерации.**

**ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ УРЕТРИТАМИ,  
АССОЦИИРОВАННЫМИ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ  
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

**Учебно-методическое пособие для врачей**

**Казань – 2013г.**

УДК616.6: 616.98

ББК55.81

Аннотация: в учебно-методическом пособии изложены особенности ведения больных уретритами, ассоциированными с инфекциями, передаваемыми половым путем.

Описаны показания и противопоказания предлагаемого метода и представлены результаты изучения его эффективности на большом клиническом материале.

Учебно-методическое пособие предназначено для клинических ординаторов, врачей - дерматовенерологов, урологов.

Авторы: заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии КГМА профессор д.м.н., Юсупова Л.А., профессор кафедры дерматовенерологии КГМА д. м. н. Р. М. Абдрахманов, ассистент кафедры дерматовенерологии КГМУ к.м.н. Б. В. Халилов.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО КГМУМЗ РФ, д. м. н. профессор В. Н. Ослопов.

Заведующий кафедрой анестезиологии и реанимации ГБОУ ДПО КГМА МЗ РФ, д.м.н. профессор В. М. Белопухов.

Учебно-методическое пособие утверждено и рекомендовано к изданию Методическим Советом ГБОУ ДПО КГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

С учебно-методическим пособием можно ознакомиться в библиотеках ГБОУ ДПО КГМА и ГБОУ ВПО КГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресам: 420012, г. Казань, ул. Муштари, 11 и 420012, г. Казань, ул. Бутлерова , 49

## ВВЕДЕНИЕ

Инфекции, передаваемые половым путем, в настоящее время привлекают внимание не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей и прежде всего урологов, акушер-гинекологов.

Объясняется это и большим удельным весом ИППП среди другой инфекционной патологии, и последствиями как для заболевшего, так и общества в целом

Уретриты у мужчин до настоящего времени остаются одним из самых распространённых заболеваний. По оценкам разных авторов, их частота в разных возрастных границах достигает 40% и не имеет тенденции к снижению. Уретриты вызывают простатиты, эпидидимиты, занимая приоритетное место среди факторов, приводящих к мужскому бесплодию (Morton P.S., Kinghorn G.H. 2009).

Воспалительные заболевания мужского мочеиспускательного канала до настоящего времени остаются труднокурабельными в связи с различной интерпретацией природы их возникновения и факторов усугубления.

Методы лабораторной диагностики, имеющие различную степень чувствительности, позволяют поставить этиологический диагноз, но не отражают системности и распространенности патологического процесса.

До настоящего времени недостаточно хорошо разработаны вопросы диагностики уретритов как специфических, так и неспецифических. Несовершенство диагностики и лечения уретритов можно продемонстрировать на примере уретрита гонококковой природы. Так в соответствии с МКБ-Х учитывают несколько форм гонококковой инфекции: А. 54.0- гонококковая инфекция нижних отделов МПТ без абсцедирования парауретральных и придаточных желёз; А. 54.1- гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с

абсцедированием аналогичных желёз. Это различие имеет большое значение при назначении терапии. Но достоверно диагностировать абсцедирование или его отсутствие можно лишь с помощью инструментальных методов исследования, в частности, уретроскопией. Эндоскопические методы необходимы для правильной постановки диагноза в соответствии с МКБ-Х и для назначения действенной терапии в каждом конкретном случае. (Лобкарев О.А., Хафизьянова Р.Х. 2006).

Возрастающий удельный вес хронических процессов с частыми рецидивами на фоне бессимптомного течения инфекций, передаваемых половым путем, требует дальнейшего изучения и выработки алгоритма обследования и тактики лечения данной группы больных. (Лоран О.Б. Синянова Л.А., Косова И.В. 2008).

Для клинической картины хронического уретрита мужчин характерно наличие зуда, жжения и режущих болей в уретре, незначительных слизистых и слизисто-гнойных выделений из мочеиспускательного канала, так и их полное отсутствие. Полиморфизм, изменчивость клинических проявлений, отсутствие патогномичных симптомов, а также наличие латентных, бессимптомных форм заболевания значительно осложняют клиническую диагностику инфекций, передаваемых половым путём. Больные с лёгкой, латентной или атипично протекающей формами урогенитальной инфекции, оставаясь, невыявленными приобретают особое значение и могут служить её источником и резервуаром, способствующим возникновению спорадических случаев заболевания мочеполовых органов. Отсюда становится понятным исключительно важное значение выявления хронических, латентных и бессимптомных заболеваний, обусловленных инфекциями, передаваемыми половым путём. (О.Р. Зиганшин, И.И. Долгушин, 2001).

В РФ излеченность уретропростатитов составляет, по данным на 2001 год, около 3% от всех урологических заболеваний, что автор связывает с несовершенством и некорректностью проведения диагностического алгоритма обследования таких больных и, соответственно, неадекватного проводимого лечения. (Щеплев П.А., 2003).

Рецидивирующая инфекция возникает почти у 1/3 больных, имевших в анамнезе воспалительные процессы мочеполовых органов. Среди впервые обратившихся, а также у 1/3 ранее болевших, возникает рецидив в последующие 1,5-2 года. В ряде случаев при инфекциях урогенитального тракта может возникать персистирующая инфекция, обусловленная длительной циркуляцией микроорганизмов в урогенитальном тракте. Причинами большинства случаев бактериальной персистенции обычно являются различные патоморфологические изменения урогенитального тракта. (Переверзев А.С., Коган М.И., 2007).

Значительная распространённость хронических уретритов у мужчин при низкой эффективности их лечения указывает на научную и практическую значимость всестороннего изучения различных аспектов их диагностики и разработки новых методов лечения.

Если не преодолеть демографический кризис, то возникает прямая угроза национальной безопасности страны и сохранению российского уклада жизни. К 2050 году Россия может потерять около 30% населения.

При бесплодии частота воспалительных заболеваний у мужчин и женщин, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем, достигает 40-50%.

В настоящее время наблюдается высокий рост инфекционных заболеваний мочеполовой системы среди населения активного репродуктивного возраста, которые приводят к инфертильности и снижению рождаемости здорового потомства. Способствующими

факторами являются: изменение отношения к сексуальному поведению, высокая контагиозность инфекций, передаваемых половым путем, частое бессимптомное течение, появление большого количества штаммов возбудителей, резистентных к лекарственным препаратам. Наиболее распространенной причиной нарушения репродуктивной функции у мужчин являются инфекционно-воспалительные заболевания гениталий. Наиболее значимым является хронический уретропростатит (30-50%). Установлена также большая частота бессимптомных и субклинических форм воспаления, вызываемых инфекциями нового поколения (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы т. д.). Такое течение наиболее опасно с точки зрения роста развития бесплодия, т. к. с момента инфицирования до обращения к врачу проходят годы в течении которых не производится санация инфекции и возникают серьезные осложнения как изолированно, так и последовательно на различные органы мочеполовой системы. Хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы у многих пациентов отягощают течение аденомы предстательной железы, приводя к ошибкам при выборе тактики лечения. Несмотря на актуальность проблемы хронического уретропростатита, результативность его лечения в настоящее время остается низкой. Хронический уретропростатит рассматривается в настоящее время как синдром социального значения с особой ответственностью врача за его диагностику и лечение. Терапия воспалительных заболеваний, связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем до последнего времени остается вопросом открытым. Широко используемые в лечении антибактериальные препараты или их комбинации не всегда приводят к желаемому результату.

### **ФОРМУЛА МЕТОДА**

Известно, что верификация возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, и постановка этиологического диагноза не отражает

полной картины воспалительного поражения мочеиспускательного канала у мужчин.

Предполагаемый метод топической диагностики уретры методом цифровой оптиковолоконной видеоуретроскопии отличается от существующих тем, что позволяет определить точную локализацию и характер воспалительных поражений уретры. Кроме того, она позволяет произвести адресный забор биоматериала больного с конкретной области слизистой оболочки мочеиспускательного канала.

Все это дает возможность поставить развернутый клинический диагноз и, соответственно, рационализировать лечение, что дает более выраженный терапевтический эффект.

### **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА**

#### *Показания:*

- свежие торпидные уретриты
- хронические рецидивирующие уретриты вне обострения
- половые расстройства
- бесплодие
- уретральные кровотечения
- различные расстройства мочеиспускания

#### *Противопоказания:*

- острые и подострые уретриты
- острые и подострые воспаления придаточных половых желез
- тяжелое соматическое состояние больного

### **МАТЕРИАЛЬНО – ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА**

Патогенетический (топический) диагноз в основной группе основывался на результатах метода цифровой оптиковолоконной видеоэндоскопии на эндоскопе фирмы «RZ» производства Германии. Местную анестезию при проведении эндоскопических вмешательств

проводили 2% гелем лидокаина в количестве 2 – 3 мл. Препарат выдавливается из тюбика непосредственно в уретру путем сдавливания тюбика и одновременного массажирования задней стенки уретры. Затем на уретру накладывался сжиматель который, снимали через 3 – 4 минуты, после чего проводили эндоуретральные процедуры. Состояние уретры оценивали по общей эндоскопической картине и данным, разработанной Лобкаревым О. А. (2009) и адаптированной нами в соответствии с наличием инфекции, передаваемой половым путем оценочной шкалы, позволяющей оценить состояние уретры по 13 основным критериям, каждый из которых имеет 5 оценочных значений качества: «отличное» состояние уретры оценивалось в 52 балла, «плохое» - в 0 баллов.

### **ОПИСАНИЕ МЕТОДА**

По результатам научно – исследовательской работы нами разработан алгоритм ведения больных уретритами, ассоциированными с ИППП. (рисунок 1)

Обследование пациентов ведется по трем традиционным направлениям: сбор анамнеза, лабораторные исследования и клиническое обследование.

Клинически значимыми для диагностики уретритов являются два фактора:

- обнаружение и идентификация возбудителя ИППП.
- определение наличия и характера морфофункциональных изменений слизистой оболочки мочеиспускательного канала.

После обнаружения возбудителя инфекции, передаваемой половым путем, проводится клиническое обследование, которое включает клинический осмотр (визуальный осмотр наружного отверстия уретры, наличие и характер уретральных выделений, проведение трехстаканной пробы и т.д.). Затем проводится пальпация уретры для определения очаговых изменений на всей протяженности передней уретры, основных и



придаточных половых желез. Далее необходимо инструментальное обследование, основными компонентами которого являются: бужирование уретры с последующей пальпацией уретры на буже для определения патологических изменений: облитерации уретры, наличия стриктур, закрытых аденитов уретры и т.д. Наиболее значимым является проведение уретроскопии (возможна передняя, задняя и тотальная уретроскопия). Не менее важным является и ультразвуковое сканирование уретры на всем ее протяжении, основных и придаточных половых желез (определяются наличие и характер структурных изменений тканей уретры и половых желез).

При отсутствии патологических изменений в этих органах сразу назначается этиотропное лечение согласно протоколам ведения больных, разработанных Российским обществом дерматовенерологов (Москва, 2010 г.).

В случае наличия патологии определяется топический диагноз, определяющий локализацию и характер воспалительного процесса. Исходя из анамнеза, лабораторных исследований и клинического обследования, включая инструментальное, выставляется развернутый клинический диагноз, который требует комплексного лечения, включающее этиотропное и местное лечение. Компонентами местного лечения являются медикаментозное (местное введение лекарственных средств в очаг воспаления) и различные виды аппаратно – инструментальной терапии (бужирование уретры, массаж уретры на буже, тампонады уретры по Вышкевичу), а также различные методы физиотерапии (магнитотерапия, интерференцтерапия, диадинамические токи Бернара, локальная термотерапия, магнитолазерная терапия и т.д.).

Предложенный диагностико – лечебный алгоритм является одним из звеньев стационар замещающих технологий: при сохранении принципа

разумной достаточности, не исключаются необходимые дополнительные исследования.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Микробиологический состав биопроб у больных с воспалительными заболеваниями мочеиспускательного канала, связанными с инфекциями, передаваемыми половым путем выглядел следующим образом: (таблица 1)

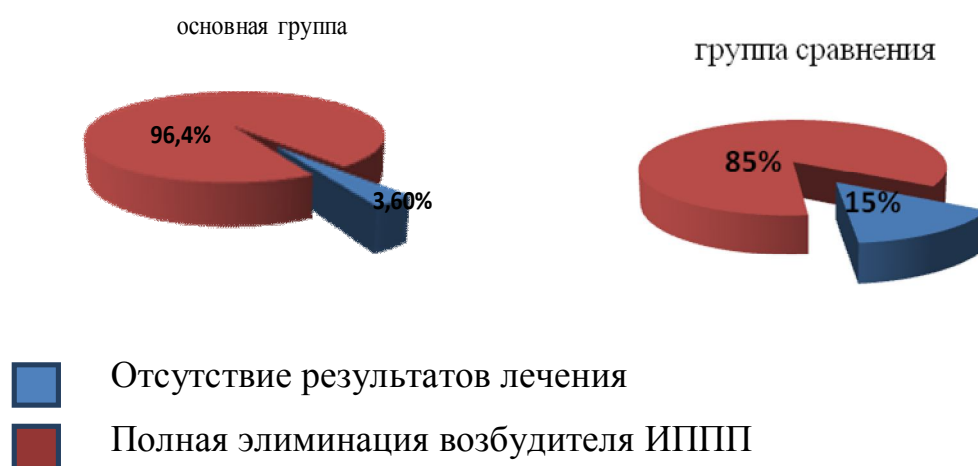
**Таблица 1**

**Микробиологический состав биопроб у больных воспалительными заболеваниями уретры**

Вид ИППП	Группы							
	Основная n=110				Сравнение n=40			
	Долечения		Послелечения		Долечения		Послелечения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
<i>Chlamydia trachomatis</i>	10	9,1	1		3	7,5	1	
<i>Mycoplasma hominis</i>	16	14,6	1		6	15	2	2,5
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	18	16,4			7	17,5	1	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	4	3,6			1			
<i>Trichomonas vaginalis</i>	12	10,9			4	10,0		
<i>Gardnerella vaginalis</i>	10	9,1			4	10,0		
Herpes simplex virus	5	4,6			2	5,0	1	
<i>Candida albicans</i>	6	5,5			2	5,0		
Cytomegalovirus	3	2,7			1		1	
Ассоциированные инфекции	26	23,7			10	25		

Наиболее часто встречались ассоциированные инфекции в обеих группах: в основной группе у 26 больных (23,7%), в группе сравнения – 10 (25,0%), затем уреоплазменная инфекция- 18 (16,4%) и 7 (17,5%), микоплазменная – 16 (14,6%) и 6 (15,0%), гарднереллезная- 10 (9,1%) и 4 (10,0%), хламидийная -10 (9,1%) и 3 (7,5%) соответственно.

Результаты проведенного лечения оказались следующими: полная элиминация возбудителей наблюдалась в основной группе при уреоплазменной, гонококковой, трихомонадной, гарднереллезной, кандидозной и смешанной инфекциях. Возбудители определялись по 1 случаю при хламидийной, микоплазменной, герпетической и цитомегаловирусной инфекции. Результаты эффективности лечения в обеих группах представлены на следующем рисунке (рисунок 2).



**Рис. 2 Элиминация возбудителя ИППП после проведенного лечения по данным лабораторных исследований (в процентах).**

Как видно из рисунка, процент неэффективности лечения в основной группе составляет 3,6%, а в группе сравнения- 15,0%. Соотношения неудач этиологического лечения составляет более чем 1:4 в исследуемых группах (3,6% в основной группе и 15,0% в группе сравнения). Результаты

микроскопического исследования мазков из уретры при увеличении 630 раз ( $\times 630$ ) показал следующие результаты (таблица 2).

**Таблица 2**

**Результаты микроскопического исследования биопроб из уретры  
(увеличение  $\times 630$ ).**

Число лейкоцитов в поле зрения	Группы							
	Основная n=110				Сравнения n=40			
	До		После		До		После	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 10	66	60,1	109	99,2	24	60,0	30	75
10-15	17	15,5			7	17,5	4	10,0
15-20	12	10,8	1		3	7,5	2	5,0
20-25	11	10,0			5	12,5	3	7,5
>25	4	3,6			1		1	

Нормальное содержание лейкоцитов в мазке из уретры до начала лечения в основной группе наблюдалось у 66 больных, что составило 60,1%, в группе сравнения – у 24(60,0%). (За норму принимали количество лейкоцитов до 10 в поле зрения).

Количество лейкоцитов 10-15 в поле зрения микроскопа в основной группе наблюдалось у 17 больных (15,5%), в группе сравнения – 7(17,5%), 15-20 в поле зрения- у 12 (10,8%) и 3(7,5%), 20-25 в поле зрения - у 11 (10,0%) и 5 (12,5%) и более 25 в поле зрения – у 4 (3,6) и у 1 больного

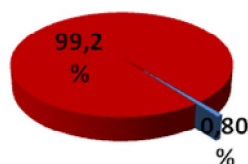
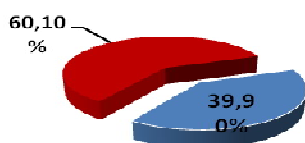
соответственно. Содержание лейкоцитов в 1 поле зрения микроскопа после проведенного лечения в группах было следующее: нормальное количество лейкоцитов в поле зрения в основной наблюдалось в 109 случаях (99,2%), в количестве 15-20 в поле зрения – у одного больного. В то время в группе сравнения нормальное содержание лейкоцитов в поле зрения определялось у 30 больных (75,0%), 10-15 в поле зрения – у 4 (10,0%), 15-20 в поле зрения – у 2 (5,0%), 20-25- у 3 (7,5%) и более 25 – у 1 больного.

**Примечание:**\* за норму принимали количество лейкоцитов до 10 в поле зрения.

Эффективность санации уретры в исследуемых группах представлена на (рисунок 3)

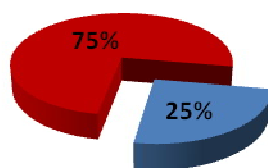
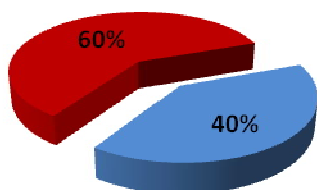
#### Основная группа

До лечения После лечения



#### Группа сравнения

До лечения После лечения



- Повышенное количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа
- Нормальное содержание лейкоцитов в поле зрения микроскопа

**Рис. 3 Количественный лейкоцитарный состав мазков из уретры в исследуемых группах.**

Данные диаграмм показывают, что нормальное содержание лейкоцитов в мазках из уретры после лечения в основной группе на 39,1% выше, чем до лечения, а в группе сравнения, соответственно, – на 15,0%. Изучая клинические проявления инфекций, передаваемых половым путем мы обратили внимание на характер выделений из мочеиспускательного канала (таблица 3).

**Таблица 3**

**Характер выделений из уретры**

Характер выделений	Группы больных							
	Основная (n=110)				Сравнения (n=40)			
	Долечены		После лечения		Долечены		После лечения	
	я		я		я		я	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слизистые	11	10,0	1		1		1	
Слизисто-гнойные	4	3,6			1			
Гнойные								
Выделения отсутствуют	95	86,5	109	99,2	38		39	

Обращает на себя внимание то, что в подавляющем большинстве случаев выделения отсутствуют: в основной группе в 95 из 110 (86,5%), в группе сравнения 38 из 40. Слизистые выделения определялись у 11 (10,0%), в основной группе и у 1 в группе сравнения. Слизисто-гнойные выделения имелись у 4 в основной группе (3,6%) и у 1 в группе

сравнения. Обращает на себя внимание отсутствие гнойных выделений в обеих группах. После проведенного лечения в основной группе у 109 больных из 110 выделения отсутствовали, определяя 99,2%, в группе сравнения у 39 из 40 (97,5%). По этому параметру эффективность лечения в основной группе оказалась выше, чем в группе сравнения.

Из клинических проявлений обращали внимание на наличие воспалительного процесса в области наружного отверстия уретры (таблица 4).

**Таблица 4**

**Проявления воспалительного процесса в области наружного  
отверстия уретры(ostiumextraurethrae)**

Проявления воспалительного процесса	Группы							
	Основная n= 110				Сравнения n=40			
	Долечен		После лечения		Долечен		После лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гиперемия	6	5,6			2	5,0	1	
Отечность	4	3,7			1			
Слипание губок	24	21,9	2	1,8	8	20,0	2	5,0
Проявлений нет	76	69,2	108	98,2	29	72,5	37	92,5

Оказалось, что в 76 случаях основной группы (69,2%) и 29 случаях группы сравнения (72,5%) клинических проявлений не было. Гиперемия наблюдалась в 6 случаях основной группы (5,6%), в группе сравнения - в 2 случаях (5,0%), отечность – 4 (3,7%) и 1 случай соответственно, слипание губок уретры в 24 случаях основной группы (21,9%) и в 8

(20,0%) группе сравнения. После проведённого лечения в основной группе проявления отсутствовали в 108 случаях из 110 (98,2%), в группе сравнения – у 37 из 40 (92,5%). В основной группе у 2 наблюдалось слипание губок уретры (1,8%), в группе сравнения – у 2 (5,0%). В ходе изучения болевого синдрома при хронических уретритах выявлено полное отсутствие болей в 89 случаях (80,1%) основной группы и в 35 случаях (87,5%) группы сравнения.

При проявлениях доминировали боли в половом члене и в яичках – по 5 случаев (4,5%) в основной группе и 1 случай боли в половом члене и 2 случая болей в яичках (5,0%) в группе сравнения. По 4 случая (3,6%) отмечались боли в подлобковой области и в промежности в основной группе и по 1 случаю в группе сравнения. В 3 случаях (2,7%) боли были в поясничной области в основной группе, а в группе сравнения боль в поясничной области отсутствовала (таблица 5).

**Таблица 5**

**Динамика болевого синдрома в исследованных группах.**

Проявления	Группы							
	Основная n=110				Сравнения n=40			
	До		После		До		После	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
В половом члене	5	4,5	1		1		1	
В подлобковой области	4	3,6			1			
В промежности	4	3,6			1		1	
В пояснице	3	2,7						
В яичках	5	4,5			2	5,0		
Отсутствуют	89	80,1	109	99,2	35	87,5	38	95,0



После проведенного лечения только в 1 случае в основной группе сохранялась боль в половом члене, у 109 больных (99,2%) боль отсутствовала. В группе сравнения боли отсутствовали в 38 случаях, определяя (95,0%), по 1 случаю сохранялись боли в половом члене и в промежности.

Больные обеих групп предъявляли жалобы на различные нарушения акта мочеиспускания, которое представлены в таблице 6.

**Таблица 6**

**Динамика дизурических расстройств.**

Признаки	Группы							
	Основная n=110				Сравнения n= 40			
	До		После		До		После	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Императивные позывы к мочеиспусканию	12	10,0	1		5	12,5	2	5,0
Прерывистое мочеиспускание	7	6,4			3	7,5	1	
Чувство жжения при мочеиспускании	18	16,4			7	17,5		
Боли при мочеиспускании	1	-						
Вялая струя мочи	6	5,5	1		2	5,0	1	
Расстройство нет	66	61,8	108		23	57,5	36	9,0

Следует отметить, что более чем в половине процентов случаев жалобы отсутствовали: в основной группе у 66 (61,8%), в группе сравнения – у 23 (57,5%). В наибольшем количестве случаев в обеих группах больше жаловались на чувство жжения во время мочеиспускания: в основной – 18 (16,4%), в группе сравнения – 7 (17,5%), затем на императивные позитивы к мочеиспусканию – 12 (10,0%) и 5 (12,5%),

прерывистое мочеиспускание - 7 (6,4%) и 3 (7,5%), вялая струя мочи - 6 (5,5%) и 2 (5,0%). После лечения в основной группе по одному случаю наблюдались императивные позывы к мочеиспусканию и вялая струя мочи. В группе сравнения 2 случая императивного позыва к мочеиспусканию (5,0%) и по одному случаю прерывистой струи мочи и вялой струи мочи. Отсутствие дизурических расстройств в основной группе после лечения отмечалось в 108 случаях (98,2%), в группе сравнения - 36 случаев (90,0%).

Структура сексуальных жалоб выглядела следующим образом (таблица 7).

**Таблица 7**

**Структура сексуальных расстройств.**

Характер жалоб	Группы							
	Основная n=110				Сравнения n=40			
	Долечен		После лечения		Долечен		После лечения	
	ия	ия	ия	ия	ия	ия	ия	ия
абс	%	абс.	%	абс	%	абс.	%	
Ослабление адекватной эрекции	32	29,1	4	3,6	11	27,5	3	7,5
Снижение либидо	21	19,1	2	1,8	10	25,0	2	5,0
Полное отсутствие либидо	18	16,4	1	-	6	15,0	1	-
Синдром «ожидания неудачи»	22	20,0	5	4,6	7	17,5	2	5,0
Отсутствие жалоб	17	15,4	98	89,2	6	15,0	32	82,5

Наибольшее количество жалоб было на ослабление адекватных эрекции: 32 случая (29,1%) в основной группе и 11 случаев (27,5%) в группе сравнения. Далее по значимости: синдром «ожидания неудачи» - 22 (20,0%) в основной группе и 7 (6,4%) в группе сравнения, снижение либидо 21 (19,1%) и 10 (25,0%), полное отсутствие либидо – 18 (16,4%) и 6 (5,5%) соответственно. Необходимо отметить, что только в 17 случаях (15,4%) основной группы и в 6 случаях группы сравнения (15,0%) отсутствовали жалобы на сексуальные расстройства, то есть в подавляющем большинстве случаев, а именно: в 84,6% основной группы и 85,0% случаях в группе сравнения воспалительные заболевания мочеполовой сферы сопровождались различными видами сексуальных расстройств.

После проведенного лечения отмечалось улучшение в обеих группах, но в основной группе оно было значимее, например, ослабление адекватных эрекции наблюдалось в 4 случаях (3,6%), в группе сравнения в 3 случаях (7,5%), снижение либидо в 2 случаях основной группы (1,8%) и в 2 случаях группы сравнения (5,0%). Синдром «ожидания неудачи» сохранился у 5 больных основной группы (4,6%) и 2 больных (5,0%) группы сравнения. В целом, после проведенного лечения, сексуальная функция восстановилась в 81,0% случаев в основной группе и 67,5% в группе сравнения.

Для объективизации оценки качества состояния уретры при различных инфекциях, передаваемых половым путем, нами адаптирована и апробирована на практике специальная цифровая шкала, разработанная О. А. Лобкаревым (2009), определяющая состояние уретры по 13 основным критериям, каждый из которых имеет 5 оценочных значений качества: максимальные- 4 балла, минимальные- 0 баллов. Соответственно, чем большим количеством баллов оценивается, тем

лучше состояние уретры. Состояние уретры оценивается в диапазоне от 52 до 0 баллов (таблица 8).

*Оценочные критерии были следующие:*

« Отличное»- 52 балла.

« Хорошее»-до 39 баллов.

« Удовлетворительное»- до 26 баллов.

« Неудовлетворительное»- до 13 баллов.

« Плохое»- 0 баллов.

### Таблица 8

#### Шкала оценки качества состояния мочеиспускательного канала.

Критерии состояния уретры.	Оценки в баллах					Балл у обследуемого пациента
	4	3	2	1	0	
Наличие и количество возбудителей ИППП.	Отсутствует	1	2	3	Выше 3	
Центральная фигура	Замкнута	Сильнозияет	Умереннозияет	Зияет	Выраженнозияет	
Складчатость	Выражена	Умеренновыражена	Невыражена	Почтиотсутствует	Отсутствует	
Состояние эпителиального покрова	Норма	Слегкавоспален	Умеренновоспалена	Воспален	Признакиповреждения	
Состояние железистого аппарата	Норма	Слегкавоспален	Умеренновоспалена	Воспален	Воспален с гнойнымотделяемым	
Сосудистый рисунок	Четкий	Умеренночеткий	Почтинечеткий	Нечеткий	Непросматривается	

Состояние наружного сфинктера мочеиспускательного канала	Норма	Смыкается неполностью	Несмыкается	Почти зияет	Зияет	
Состояние слизистой оболочки задней уретры	Норма	Незначительные изменения	Умеренные изменения	Значительные изменения	Грубые изменения	
Состояние выводных протоков ацинусов простаты	Норма	Незначительно воспалены	Умеренно воспалены	Воспалены	Воспалены с гнойным отделяемым	
Состояние устьев семявыбрасывающих протоков	Норма	Незначительно воспалены	Умеренно воспалены	Воспалены	Воспалены с гнойным отделяемым	
Состояние семенного бугорка	Норма	Незначительные изменения	Умеренные изменения	Значительные изменения	Атрофические изменения	
Болезненность	Безболезнен	Незначительная болезненность	Умеренная болезненность	Болезненность	Резкая болезненность	
Кровоточивость	Отсутствует	Незначительная	Умеренная	Кровоточивость	Значительная кровоточивость	

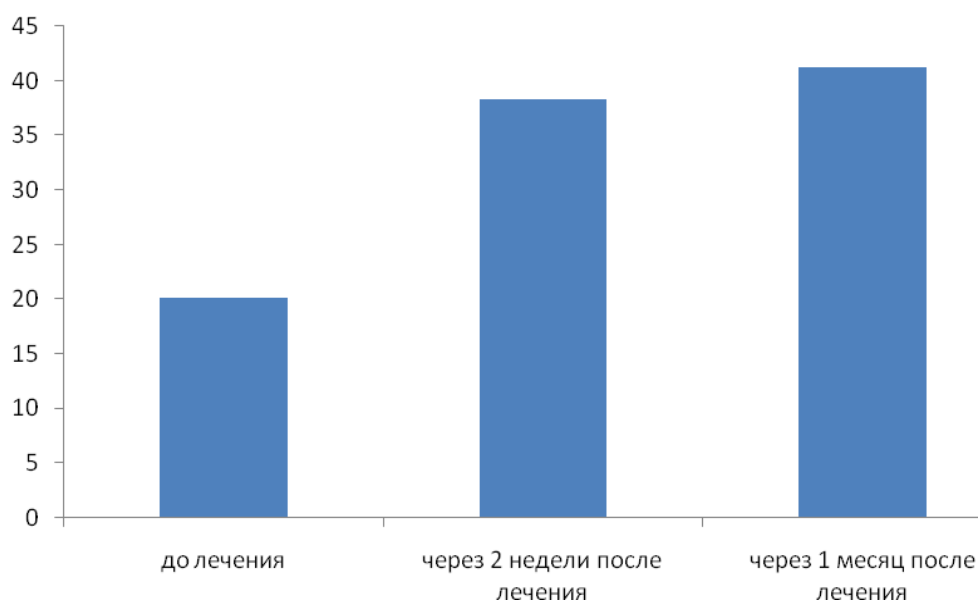
Динамика изменения состояния уретры согласно оценочной шкалы в основной группе представлена на рисунке 4.



**Рис. 4** Динамика изменения состояния уретры в основной группе (n=99) ( $M \pm m, p \geq 0,95$ ) по оценочной шкале

В основной группе состояние уретры до лечения оценивается в  $19,5 \pm 0,2$  баллов как «удовлетворительное». Через 2 недели после окончания лечения отмечалось значительное его улучшение ( $39,5 \pm 0,1$  балла), - «хорошее». Через 1 месяц после окончания лечения достигла уровня  $41,4 \pm 0,3$  балла, «хорошее».

Далее была проведена уретроскопия 4 больным группы сравнения, у которых отмечался неудовлетворительный эффект лечения. Средний балл состояния уретры по шкале оценивалось в  $20,2 \pm 0,4$  балла, как «удовлетворительное». Они прошли комплексное лечение, включая патогенетическое, с учетом топического диагноза. Через 2 недели после окончания лечения состояние их уретры оценивалось как «хорошее» -  $38,3 \pm 0,7$  балла, через 1 месяц после окончания лечения, как хорошее-  $41,3 \pm 0,3$ . (рисунке 5).



**Рис. 5 Динамика состояния уретры у 4 больных группы сравнения с «неудовлетворительным» результатом лечения ( $M \pm m$ ,  $p > 0,5$ ) (по оценочной шкале).**

Обезболивание при проведении эндоскопической процедуры проводили с помощью 2% геля лидокаина. Необходимо отметить, что больные хорошо переносили процедуру. (таблица 9).

**Таблица 9**

**Субъективные ощущения боли больными при проведении эндоскопии**

Интенсивность боли	Больные (n=99)	
	абс.	%
Средняя интенсивность	20	20,1
Незначительная боль	62	62,3
Боль отсутствует	17	17,6
Всего	99	100

Боль средней интенсивности отметили 20 человек (20,1%), но при этом она легко переносилась больными. Незначительную боль

зарегистрировали у 62 больных (62,3%), и полностью боль отсутствовала у 17 человек (17,6%).

### **ВЫВОД**

Клинически апробированная тактика ведения больных с ИППП подтвердила ее высокую эффективность.