

ИММУНОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ МИРАМИСТИНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ

Ш.К. Ахмедов, Р.А. Орипов

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

E-mail авторов: dr.shavkat2011@mail.ru

Сведения об урогенитальной хламидийной инфекции за последние годы существенно изменились и расширились. В настоящее время с хламидиями связывают заболевания мочеполовых органов, глаз, суставов, респираторные поражения и ряд системных проявлений. Исследования и клинические наблюдения показывают, что хламидии могут обуславливать бесплодие, снижение рождаемости, вызывать патологию беременности, болезни новорожденных и детей раннего возраста. Исследования последних лет доказали внутриутробное инфицирование плода хламидиями.

Урогенитальный хламидиоз - инфекционное заболевание, вызываемое хламидиями (*chlamydiaceae*), передающееся преимущественно половым путем, поражающее урогенитальный тракт и другие органы. Доля хламидийной инфекции в общем спектре урогенитальных инфекций составляет 3-30%. Хламидиоз протекает бессимптомно у 46% мужчин и 67% женщин. Для хламидиоза характерна стертость клинической картины. Хламидийная инфекция у мужчин и женщин наиболее часто имеет инкубационный период от 5-7 до 30 дней. Она может вызвать различную патологию.

У мужчин первично поражаются мочеиспускательный канал, а затем и другие органы (предстательная железа, семенные пузырьки, придатки). У женщин чаще поражается канал шейки матки, после чего может возникнуть и восходящая инфекция, захватывающая матку, маточные трубы, яичники, а также брюшину. Низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, узкое влагалище, особенно у нерожавших женщин, создают условия для первичного инфицирования, нередко сочетающегося, по нашим данным (Мавров И.И. и др., 1982), с заражением хламидиями парауретральных притоков и крипт.

В настоящее время лечение хламидиоза производится по назначению и под контролем врача и длится 3 недели и более. Для лечения применяют антибиотики в сочетании с неспецифическими средствами и физиотерапевтическими процедурами.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных с урогенитальным хламидиозом. Из них 7 мужчин и 11 женщин в возрасте 20 – 40 лет. Больные предъявляли жалобы на: стекловидные выделения,

обычно по утрам, из мочеиспускательного канала, неприятные ощущения при мочеиспускании и зуд, слипание губок уретры, а также на общее недомогание.

При лечении больных урогенитальным хламидиозом совместно с традиционно проводимой терапии нами было предложено промывание уретры препаратом 1% раствор мирамистина 1 раз в день в течение 7 дней. При этом, больным которым было использован метод промывания уретры препаратом мирамистин совместно с этиотропной терапией, наблюдалось значительная эффективность лечения, которая выражалась в прекращении выделений на 7-й день, исчезновением неприятных ощущений (зуд, жжение) при мочеиспускании на 5-й день, а так же, укорочением сроков выздоровления, которая подтверждалось трехкратными отрицательными данными лабораторных анализов

В контрольной группе, составивших 10 больных в качестве местного лечения было предложено промывание уретры с раствором 1% диоксида. При этом отмечалось уменьшение патологических признаков заболевания (зуд, жжение) при мочеиспускании а также слипание губок уретры прекратилось в течение 22-23 дней.

Выводы:

1. Мирамистин обычно хорошо переносится больными и не вызывает побочных эффектов.

2. Отмечено укорочение сроков выздоровления больных (на 7-8 дней).

АНАФЕРОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Ш.К. Ахмедов, Р.А. Орипов

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

E-mail авторов: dr.shavkat2011@mail.ru

Генитальный герпес – это инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ). В 80% случаев заболевание обусловлено ВПГ типа 2; в 20% случаев – ВПГ типа 1. Стоит отметить, что ВПГ типа 1 является возбудителем простого герпеса (так называемая «простуда» на губах). Заражение генитальным герпесом возможно при половых контактах во влагалище, в рот и прямую кишку. Наиболее заразны люди с симптомами заболевания. Кроме того, возможна передача инфекции от больной матери плоду во время беременности.

Инкубационный период первичного генитального герпеса колеблется от 1 до 26 суток (чаще всего 2-10 суток). Первыми симптомами первичного генитального герпеса обычно служат жжение, боль и отечность в области поражения. Эти симптомы могут сопровождаться недомоганием, подъемом температуры и головной болью (как при гриппе). Через не-

сколько суток появляются маленькие пузырьки, наполненные прозрачной жидкостью. Пузырьки лопаются с образованием болезненных красных язвочек. Если язвочки располагаются на половых органах, возможно болезненное мочеиспускание. Высыпания заживают в течение 14 суток. Рецидив заболевания протекает более легко по сравнению с первичным генитальным герпесом. При рецидиве обычно не бывает недомогания, подъема температуры и головной боли; высыпаний меньше. Возникновению рецидива способствуют инфекции, переохлаждение, употребление алкоголя и эмоциональные стрессы. Рецидивы, как правило, возникают на одном и том же месте.

Очень часто генитальный герпес протекает бессимптомно. При этом заражение половых партнеров возможно и в отсутствие симптомов.

Современные методы лечения не позволяют полностью избавиться от ВПГ. Вне рецидива вирус находится в неактивном состоянии. Основой лечения генитального герпеса являются противовирусные препараты – ацикловир, валацикловир и фамцикловир. В ряде случаев назначают лечение, дополняющее противовирусную терапию (иммунотерапия, общеукрепляющие препараты, физиотерапия и т.д.).

Под нашим наблюдением находились 14 больных генитальным герпесом. Из них 8 мужчин и 6 женщин в возрасте 20-35 лет. Больные предъявляли жалобы на: жжение, боль и отечность в области поражения.

При лечении этих больных, мы, руководствуясь основными принципами терапии генитального герпеса, также использовали в качестве дополнительного противовирусного средства препарат анаферон. Анаферон состав: активный компонент к гамма интерферону человека аффинно очищенные – 0,003 (ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ»).

Мы предложили анаферон через равные промежутки времени по следующей схеме: 1-3 день по 1 таблетке 8 раз в день, далее по 1 таблетке 4 раза в день в течение 3 недель совместно с ацикловиром по соответствующей схеме.

Используя этот препарат мы отметили, что за 5-6 дней уменьшилась площадь кожно-патологического процесса, а по истечении 10 дней отметили полную регрессию патологического процесса.

Вместе с тем, контрольной группе, составивших 10 больных было предложено в качестве противовирусного средства только препарат ацикловир по соответствующей схеме. При этом отмечалось уменьшение патологических признаков заболевания по истечении 14-15 дней.

В связи с этим нами установлено:

1. Анаферон является более эффективным средством при лечении генитального герпеса при сочетании с ацикловиром

2. Этот препарат обычно хорошо переносится и не имеет выраженного побочного эффекта.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ

Ш.К. Ахмедов, Р.А. Орипов

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

E-mail авторов: dr.shavkat2011@mail.ru

Возбудитель заболевания – влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*) впервые обнаружил у женщин А. F. Donne в 1836 г. В течение столетия их считали безвредными обитателями влагалища, что нашло отражение в официальном названии возбудителя – *Trichomonas vaginalis*.

Трихомониаз занимает первое место по распространенности среди заболеваний мочеполового тракта. Кроме того, трихомониаз держит первенство и среди заболеваний, передаваемых половым путем. По данным ВОЗ (1999) 10% населения земного шара болеют трихомониазом. Трихомониаз ежегодно вновь регистрируют у около 170 млн человек.

Венерологи считают, что трихомониаз получил широкое распространение по причине его неэффективного диагностирования урологами и главным образом гинекологами. В венерологии основным методом для обнаружения трихомониаза является взятие мазка на посев, в случае с трихомониазом это является более эффективным методом диагностирования по сравнению с ПЦР. В гинекологии и урологии для диагностирования трихомониаза в основном используется ПЦР. По этой причине существует точка зрения, что основными переносчиками трихомониаза являются женщины.

Трихомониаз опасен в первую очередь тяжелыми последствиями в виде осложнений, которые могут быть причиной бесплодия, патологии беременности и тому подобного. Основное место обитания трихомониаза в мужском организме – уретра, предстательная железа и семенные пузырьки, в женском – влагалище. Однако при первом попадании в организм трихомонады всегда вызывают уретрит. Заражение происходит половым путем при контакте с больным или носителем инфекции. Инкубационный период составляет 1-4 нед.

Симптомы заболевания у женщин: выделения из влагалища (обычно желтые, иногда с неприятным запахом), зуд и покраснение наружных половых органов, боль при мочеиспускании и при половых контактах. У мужчин заболевание в большинстве случаев протекает бессимптомно. Иногда при трихомониазе у мужчин возникают следующие симптомы: выделения из мочеиспускательного канала, боль при мочеиспускании. При поражении предстательной железы – симптомы простатита.

Осложнения трихомониаза протекает подобно осложнениям других негонококковых уретритов. У женщин трихомониаз может вызвать воспаление вульвы и промежности с отеком половых губ. Изредка бывают осложнения, включая бартолинит, склинеит и цистит. У мужчин наиболее частое осложнение трихомониаза – простатит.

Единственным достоверным доказательством трихомонадной этиологии уретрита служит обнаружение паразитов в мазках или посевах. Для этого