

применяют общий мазок. У женщин исследуют выделения из влагалища, у мужчин – выделения из мочеиспускательного канала и секрет предстательной железы. Результат общего мазка подтверждают более точными методами исследования – ПИФ, ПЦР или посев.

Лечение трихомониаза должно быть комплексным и индивидуальным. Очень важно довести лечение до конца, либо недолеченный трихомониаз может приобрести хроническую форму и проявить себя через несколько лет.

Лечение трихомониаза сводится к назначению противотрихомонадных препаратов для приема внутрь. Местное лечение (вагинальные таблетки и свечи) неэффективно.

В ряде случаев назначают лечение, дополняющее противотрихомонадные препараты (иммунотерапия, общеукрепляющие препараты, массаж предстательной железы, инстилляции уретры, физиотерапия и т. д.).

Контроль излеченности: излеченными считают только тех больных, у которых прекращаются выделения из уретры, нормализуется моча, рассасываются инфильтраты в воспаленных половых железах, восстанавливается нормальный состав их секрета, не выявляются патологические изменения при уретроскопии.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ

А.В. Ватазин, Е.И. Прокопенко, А.Б. Зулькарнаев, Е.О. Щербакова, Р.О. Кантария, А.С. Пасов

Московский ОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Россия

E-mail авторов: 7059899@gmail.com

Вирусные гепатиты – до сих пор одна из самых часто встречаемых инфекций у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) на доотрансплантационном этапе. При этом срок пребывания на гемодиализе прямо пропорционален риску инфицирования вирусными гепатитами. Инфицированность вирусными гепатитами В и С (ВГС и ВГВ) является независимым фактором риска смерти у больных на гемодиализе.

ВГС – не только самая часто встречаемая инфекция среди реципиентов почек, но и является основной причиной хронических заболеваний печени после аллотрансплантации почки (АТП). Наличие ВГС приводит к достоверному увеличению риска развития сахарного диабета у реципиентов почечного аллотрансплантата (ПАТ) и инфекций. Однако поскольку даже у серопозитивных пациентов АТП является методом выбора лечения ХПН (так как летальность у инфицированных реципиентов ПАТ ни-

же, чем у больных в листе ожидания), необходима тщательная оценка состояния до операции.

По нашим данным отсроченная выживаемость как реципиентов, так и ПАТ значительно ниже у больных, инфицированных вирусными гепатитами.

Аллотрансплантация почек у больных, инфицированных вирусными гепатитами, представляет собой серьезную проблему. На данный момент нет единого протокола лечения вирусных гепатитов после АТП, недостаточно изучено влияние различных протоколов иммуносупрессии на их активность. Применение после АТП протоколов лечения вирусных гепатитов, которые используются в общей популяции сопряжено с высоким риском утраты почечного аллотрансплантата (ПАТ) в связи с развитием резистентного криза отторжения из-за выраженного иммуномодулирующего действия противовирусных препаратов.

Известно, что достижение быстрого полного и/или устойчивого вирусологического ответа при вирусном гепатите значительно улучшает долгосрочный прогноз. Благодаря внедрению экстракорпоральных методик достигнуты некоторые успехи в лечении вирусных гепатитов. В настоящее время широко применяется плазмаферез, при помощи которого можно эффективно удалить аутоантитела и патологические метаболиты, что способствует торможению прогрессирования поражений печени. Однако недостаточная селективность этого метода часто делает применение его затруднительным: проведение плазмафереза при гипоальбуминемии затруднительно, а динамика концентрации ингибиторов кальциневрина во время курса плазмафереза трудно предсказуема.

При сравнимой эффективности указанных недостатков лишен высокоселективный метод каскадной плазмофльтрации (КПФ), который способен непосредственно удалять вирионы, тем самым, понижая вирусную нагрузку. КПФ является безопасным и высокоэффективным методом, способным значительно улучшить результаты лечения вирусных гепатитов после АТП: сократить сроки достижения устойчивого вирусного ответа и снизить риск активизации хронического процесса, что значительно улучшает долгосрочный прогноз.

Высокая эффективность КПФ в лечении ВГС также подтверждена и у реципиентов печени. Применение КПФ приводит к быстрому снижению концентрации HCV-RНК, что позволяет достигнуть устойчивого вирусологического ответа в комбинации с медикаментозной терапией.

Повышение эффективности лечения вирусных гепатитов путем разработки эффективных и безопасных схем лечения с применением различных экстракорпоральных методик, является перспективным направлением и способно значительно улучшить результаты трансплантации почки.

КАСКАДНАЯ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

А.В. Ватазин, А.В. Кильдюшевский,
А.Б. Зулькарнаев, Р.О. Кантария, А.С. Пасов

Московский ОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Россия

E-mail авторов: 7059899@gmail.com

За прошлые десятилетия достигнуты значительные успехи в достижении иммунологической толерантности после трансплантации почки. Однако и на сегодняшний день отторжение остается одной из основных причин развития необратимой дисфункции трансплантата на всех сроках послеоперационного периода. В настоящее время потенциал улучшения результатов трансплантации за счет применения широко распространенных фармакологических препаратов в значительной мере исчерпан. Профилактика и лечение отторжения могут быть с успехом проведены при помощи применения методов экстракорпоральной гемокоррекции. С этой целью широко применяется плазмаферез, однако, его неселективность во многом сдерживает распространения метода. Доступным, безопасным и высокоэффективным преодоления иммунологического конфликта у больных с высоким риском развития осложнений является метод каскадной плазмофильтрации (КПФ). Данный метод позволяет селективно удалять из плазмы циркулирующие антитела и иммунные комплексы.

Мы оценили безопасность и эффективность КПФ у реципиентов почечного аллотрансплантата.

Материалы и методы: мы применили КПФ у 18 пациентов из группы высокого иммунологического риска, которым выполнена типичная трансплантация почки. В исследование включались пациенты, которым предстояла повторная трансплантация, пациенты с наличием предсуществующих антител, а также пациенты с многочисленными гемотрансфузиями в анамнезе и пациенты с развившимся кризом отторжения. У всех больных применялся стандартный трехкомпонентный протокол иммуносупрессии: ингибитор кальциневрина, микофенолат и преднизолон. Индукционная терапия проводилась моноклональными анти-CD25 антителами и метилпреднизолоном. Процедуры выполнены на аппарате OctoNova (MeSys, Германия) с плазмофильтром и сепаратором компонентов плазмы. Данный метод гемокоррекции дает возможность обработать за 1 процедуру (3 часа) 3 и более литра плазмы, не используя для замещения донорскую плазму или другие белковые плазмозамещающие растворы. Первый сеанс КПФ проводили непосредственно до трансплантации. Сеансы КПФ проводили до достижения устойчивого снижения титра антител. Как правило, требовалось 3-4 сеанса через 24-48 часов. Проводился мониторинг концентрации в крови IgA, IgG и IgM, альбумина.

Результаты и обсуждение: мы наблюдали постепенное, но стабильное уменьшение концентрации IgG и IgM в ходе лечения. Потери альбумина

были минимальными и не превышали 4-5%. Восстановление концентрации иммуноглобулинов наблюдали не ранее, чем в 10-м суткам и в большинстве случаев концентрация их после курса лечения не достигала исходного уровня.

Случаев потерь почечного трансплантата вследствие некупируемого криза отторжения не было. Из побочных нежелательных явлений мы можем отметить 10-15% снижение концентрации ингибиторов кальциневрина. Однако это достаточно легко корректировать своевременным небольшим увеличением дозы принимаемого препарата. Мы не отметили у больных критического снижения или повышения концентрации ингибиторов кальциневрина в крови в ходе лечения.

Закключение: КПФ способна эффективно снижать титр антител у реципиентов почечного трансплантата при минимальных потерях белка и относительно стабильной концентрации ингибиторов кальциневрина.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ АДСОРБЦИИ ЭНДОТОКСИНА НА ЭФФЕКТИВНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ АЛЬБУМИНА ПРИ СЕПСИСЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

А.В. Ватазин, А.Б. Зулькарнаев, М. Крстич

Московский ОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Россия

E-mail авторов: 7059899@gmail.com

Известно, что большая часть критических состояний при сепсисе является следствием недостаточности защитных детоксикационных систем организма, в том числе и систем, ответственных за инактивацию эндотоксина. Одна из таких естественных систем представлена белками крови, в частности, альбумином, который неспецифически реагирует на любое «неблагополучие» в организме, сопровождающееся даже минимальными метаболическими перестройками.

Активные центры альбумина в значительной степени обеспечивают иммобилизацию токсинов, причем многие из них не только связываются с альбумином, но и переносятся им по крови в зоны биотрансформации. На связывающую способность альбумина оказывают влияние как физико-химические факторы, так и уровень системной интоксикации, которая способна значительно снижать связывающую способность альбумина

Наиболее информативной является величина эффективной концентрации альбумина, т.е. концентрации молекул альбумина, не блокированных токсинами и способных выполнять свои связывающие и транспортные функции. Степень снижения ЭКА в ходе патологического процесса с большой вероятно-