

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 заболевание – 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

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 значимо 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