

# КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*А.М. Окунева, Д.В. Мусеев*

Научный руководитель – *В.М. Семенов*

*Витебский государственный медицинский университет*

На сегодняшний день герпетическая инфекция является самой распространенной и неконтролируемой вирусной инфекцией человека, длительно существующей в организме преимущественно в латентной форме и может приводить как к развитию системных заболеваний, так и к поражению отдельных органов. Генитальный герпес (ГГ) – одна из наиболее частых клинических форм герпетической инфекции. По имеющимся данным, в РФ и странах СНГ число только госпитализированных в стационары больных превышает 2,5 млн. человек в год.

Частые рецидивы и атипичное течение ГГ являются причиной развития воспалительных процессов гениталий. Герпетическая инфекция у женщин ассоциируется с возникновением интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки. Вирус простого герпеса (ВПГ) является одним из главных повреждающих факторов для плода и новорожденного, вызывает увеличение самопроизвольных аборт и преждевременных родов.

Инфекционным агентом при ГГ является ВПГ I (10-26%) или совокупность ВПГ I и II типов (74-90%). Заражение взрослых чаще всего происходит бытовым и орально-генитальным путями, детей – восходящим и гематогенным путями, а также во время и после родов.

Обобщив литературные данные, мы разработали клиническую классификацию ГГ:

По клинической картине	По локализации	По клиническому течению	По клинической форме
Типичный (до 78%)	Промежности	Легкий (51%)	Хронический рецидивирующий
Атипичный	Вульвы и влагалища	Средней тяжести (38%)	
Вирусносительство (до 99%)	Шейки матки Матки и придатков	Тяжелый (11%)	

В тактике лечения ГГ можно выделить 5 последовательных этапов:

1. Ослабление выраженности клинических симптомов.
2. Сокращение срока заживления.
3. Уменьшение экскреции вируса в очаге инфекции.
4. Уменьшение частоты и тяжести рецидивов.
5. Элиминация инфекции.

Лечение и профилактика ГГ проводится с учетом протекания инфекционного процесса. В острой стадии проявления инфекции применяются этиотропные препараты per os и местно в виде мазевых форм, патогенетическая и симптоматическая терапия. В фазе ремиссии целесообразно применение иммуномодуляторов и адаптогенов, санация хронических очагов инфекции. Для специфической профилактики рецидивов используются противогерпетические вакцины.

Лечебно-тактические мероприятия у беременных при наличии ГГ включают:

1. Беременность допустима после достижения устойчивой ремиссии. С целью профилактики рецидивов эффективно использование противогерпетической вакцины за 2-3 месяца до беременности.

2. Обязателен вирусологический контроль (минимум раз в триместр беременности).

3. В случае необходимости назначается лечение (при выявлении ГГ по клиническим и лабораторным критериям) этиотропными и патогенетическими препаратами, предназначенными для местного применения (мази, кремы). Первостепенное значение в патогенетической терапии придется иммуноглобулинам.

4. При возникновении осложнений беременности лечение проводится по общепринятым акушерским методикам, однако следует учитывать, что естественные эстрогены могут активизировать латентную герпетическую инфекцию (используются синтетические аналоги).

5. Беременность необходимо прервать при генерализованном герпесе, тяжелом течении герпеса, неэффективности терапии.

6. Родоразрешение проводится через естественные родовые пути при отсутствии клинических и лабораторных признаков герпеса и хорошем состоянии плода.

7. Кесарево сечение показано при: активности ГГ; генерализованной герпетической инфекции; отягощенном акушерском анамнезе; акушерских осложнениях.

Таким образом, для достижения устойчивой ремиссии ГГ необходимо: во-первых, разработка и внедрение в практику новых эффективных схем лечения при постоянном врачебном контроле; во-вторых, клинические исследования по потенцированию действия известных и создаваемых лекарственных препаратов биологически активными веществами.

## ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*Е.Е. Отставнов, О.В. Юревич*

Научный руководитель – *Н.А. Емельянова*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Профессиональная заболеваемость туберкулезом – серьезная проблема медицины. Эта проблема усугубляется у медицинских работников за счет тесного с больными туберкулезом и увеличением числа лекарственно-устойчивых штаммов возбудителя [1-3].

Цель работы: изучение особенностей течения туберкулеза органов дыхания у медицинских работников. В период с 1996 года по 2000гг. в Белоруссии туберкулезом заболело 492 сотрудника лечебно-профилактических и оздоровительных учреждений, среди них 408 – медицинские работники. Возрастной состав заболевших в 38% составили лица от 25 до 34 лет.

Обсуждение: на заболеваемость оказывает влияние и характер трудовой деятельности. Почти половина заболевших (48%) – это средний персонал, врачи составляют около 30% заболевших. Отмечено влияние стажа работы на заболеваемость медицинских работников противотуберкулезных учреждений. Среди работников лечебно-профилактических организаций общего профиля преобладали лица со стажем работы до 6 лет.

Выводы:

- сотрудники противотуберкулезных учреждений болеют туберкулезом более чем в 10 раз чаще, чем представители других групп населения. Причём показатель возрос за последнее время больше, чем в 2 раза. Это связано как с постоянным контактом с возбудителем заболевания, так и с несовершенством методов профилактики заболевания среди медработников;
- клинически туберкулез у медицинских работников, а особенно у сотрудников противотуберкулезных учреждений, протекает тяжелее и агрессивнее. Около половины больных данного контингента являются активными бактериовыделителями. У пятой части возбудитель проявляет множественную лекарственную устойчивость. Самыми распространёнными являются лёгочные формы, высока частота инфильтративного туберкулеза;
- вероятность заболевания зависит от возраста и характера трудовой деятельности. Так чаще всего болеет средний медперсонал (48%) в возрасте 25-34 лет, на втором месте - врачи (20-30%), на третьем - работники лабораторий (18%), 15% составляют санитары;
- среди сотрудников противотуберкулезных учреждений больше половины больных составляют сотрудники с небольшим стажем работы - до 6 лет;
- профилактике туберкулеза среди медработников уделяется недостаточно внимания, что ведёт к значительному повышению уровня заболеваемости среди этого контингента лиц.

### Литература

1. Зюзиков В. У., Белько А. У., Гобруневич Е. Л. Оценка факторов риска заболеваемости туберкулезом органов дыхания. // Тезисы докладов Пленума Белорусского общества фтизиатров 31. 05. 2001. Витебск. С. 356;
2. Борщевский В. В., Гуревич Г. Л., Богданова А. В. Туберкулез в Беларуси: эпидемиология, стратегия борьбы, реформирование фтизиатрической службы. // Тезисы докладов Пленума Белорусского общества фтизиатров 31. 05. 2001. Витебск. Сс. 4-7;
3. Валиев А., Идиятулина Г. А. Туберкулез медицинских работников. // Тезисы докладов 11 Национального конгресса по болезням органов дыхания 9-13. 11. 2001. Москва. С. 293.