



Перианальные кондиломы: клиника, диагностика, перспективы лечения

Антипова Е.В. • Филиппенко В.А. • Кузнецова Е.В. • Фабрикова Е.А. • Давидович Д.Л. • Соломка А.Я.

В статье представлены современные данные о распространенности папилломавирусной инфекции и ее проявлениях. Описан круг нерешенных вопросов в диагностике заболевания и выборе тактики эффективного лечения. На основании результатов собственных наблюдений даны рекомендации по диагностике и ведению больных с папилломавирусной инфекцией.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, вирус папилломы человека, перианальные кондиломы.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к наиболее распространенным инфекциям, передающимся половым путем. Считается, что в развитых странах мира около 75% населения репродуктивного возраста заражаются ВПЧ при сексуальных контактах. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно папилломавирусной инфекцией заражаются более 6 млн человек, причем около 50% – в возрасте от 15 до 25 лет. Более 90% живущих половой жизнью имеют один или несколько типов ВПЧ. Большинство женщин (до 82%) инфицируются в течение 2 лет после начала половой жизни [1].

Основным путем заражения ВПЧ считается половой. Вирус также способен передаваться от матери к детям и бытовым путем. Передача вируса осуществляется при непосредственном контакте кожных покровов и слизистых оболочек. При этом инфекция не имеет традиционных групп риска – такую группу составляют все люди, живущие половой жизнью. К наиболее существенным факторам риска относят большое число половых партнеров, раннее начало половой жизни, наличие других инфекций [2, 3, 4].

В настоящее время идентифицировано более 100 типов вируса. Их классифицируют на слизистые и кожные типы, низко- и высокоонкогенные. Клинические проявления определяются типом вируса и состоянием иммунной системы. Одним из заболеваний, обусловленных ВПЧ

низкоонкогенного типа, являются широко распространенные экзофитные кондиломы [3]. В последние десятилетия в мире отмечается неуклонный рост заболеваемости папилломавирусной инфекцией [5, 6, 7, 8]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2001 г. частота выявленных кондилом составила 26 на 100 тыс. населения, в 2009 г. – 34,7 [9]. В Англии в 2000 г. у женщин в возрасте 20 лет частота экзофитных кондилом равнялась 715 на 100 тыс.; в том же году в Англии заболели 66 тыс. мужчин и 51 тыс. женщин [10]. В Германии в 2006 г. частота заболевания у женщин и мужчин была 462 и 345 на 100 тыс. населения соответственно. В США этот показатель ежегодно составляет 100 на 100 тыс. населения [11]. Низкие показатели заболеваемости в России по сравнению с развитыми странами связаны, вероятнее всего, с малой обращаемостью пациентов за медицинской помощью по поводу «деликатной проблемы» и попытками самолечения.

На сегодняшний день известно, что за развитие 90% экзофитных кондилом ответственны ВПЧ 6-го и 11-го типов. Течение заболевания – прогрессирующее, однако возможны спонтанный регресс или длительная стабилизация процесса. По данным литературы, регресс заболевания при естественном течении кондиломатоза без лечения может достигать 40% [8]. Вследствие большой распространенности заболевания риск заражения в течение жизни составляет 10% [12, 13].

Обычно кондиломы локализуются в местах мацераций паховой области, промежности и перианальной области. Перианальные кондиломы наблюдаются чаще всего у лиц, практикующих анальные половые контакты, однако они редко обнаруживаются выше зубчатой линии [3, 14].

Экзофитные кондиломы имеют остроконечные, папиллярные, папуловидные формы. В клинической практике принято название «остроконечные кондиломы». Однако их форма не всегда



соответствует названию, что может в значительной степени затруднять диагностику. Чаще встречаются простые кондиломы, однако изредка фиксируются гигантские образования размерами до 18 см и более (рис. 1). Эти образования называют опухолями Бушке – Левенштейна – по фамилиям авторов, описавших гигантскую кондилому полового члена в 1925 г. Гигантские кондиломы встречаются относительно редко, самая крупная из описанных в литературе достигала размеров более 20 см. Л.И. Аруин и соавт. (1998) наблюдали 4 случая гигантских кондилом, самая крупная из которых была размером до 18 см. Две из них вросли в анальный канал. В этих случаях отмечался переход в плоскоклеточный рак [15]. Тем не менее малигнизация кондилом встречается довольно редко.

Дифференциальный диагноз следует проводить с неопластическими заболеваниями перианальной области, анального канала и прямой кишки, сифилисом, псориазом, контагиозным моллюском, дерматитом, плоскоклеточной папилломой, фиброзным полипом. За кондиломы у мужчин можно принять папулезное ожерелье полового члена, наблюдающееся чаще у подростков, а также выворот слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Хотя для всех этих заболеваний характерен общий внешний признак – экзофитный рост, они имеют визуальные особенности. При сифилисе, например, образования широкие, плоские, плотной консистенции, розовато-красного цвета. Контагиозный моллюск представляет собой бородавки с творожистым содержимым и втяжением в центре. Псориатические бляшки иногда имеют сходство с кондиломами, могут выступать над поверхностью кожи, но при этом они покрыты восковидными чешуйками. Фиброзный полип (анальный сосочек) обычно локализуется на уровне зубчатой линии анального канала, часто сочетается с геморроем или трещиной. Морфологически поверхность полипа покрыта многослойным плоским эпителием, подлежащая соединительная ткань содержит умеренное количество сосудов. Отсутствие сосудистой атипичности считается основным отличием фиброзного полипа от кондиломы. Гистологическое исследование биоптата позволяет отличить раковую опухоль от кондиломы и выявить ее малигнизацию.

Для диагностики кондилом в зависимости от локализации образований применяют кольпоскопию, уретроскопию, аноскопию. Взятие биопсии рекомендуется при атипичных кондиломах, создающих трудности диагностики, пигментированных образованиях, рецидивирующих кондиломах,

изъязвлениях, ухудшении клинической картины при лечении. Исследование крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилис обязательно. В настоящее время определение дезоксирибонуклеиновой кислоты ВПЧ методом полимеразной цепной реакции позволяет обнаружить не только сам вирус, но и его разновидности. Однако при латентной форме инфекции этот метод малоинформативен.

Клинические проявления папилломавирусной инфекции сопровождаются изменениями локального и системного иммунитета, способствующими активизации вируса. Заболевание протекает длительно, часто к нему присоединяется вторичная инфекция, усугубляющая основные симптомы заболевания – боль, зуд, кровотечения. У женщин клинические проявления папилломавирусной инфекции часто сопряжены с выраженным физическим и психологическим дискомфортом, влияют на качество жизни, вызывают чувство тревоги, вины, беспокойства по поводу развития рака; 13% пациенток полностью отказываются от сексуальной жизни [6, 8]. В связи с этим основными целями лечения кондилом являются деструкция образований, предупреждение развития осложнений, уменьшение числа рецидивов, улучшение качества жизни пациентов [3].

Выбор метода лечения кондилом аногенитальной области зависит от морфологии, размеров, локализации высыпаний, возраста пациента. В настоящее время широко применяются такие методы лечения, как лазерная, крио-, радио-, электродеструкция, обработка очагов поражения химическими и цитотоксическими препаратами, аргоноплазменная абляция. К недостаткам этих методов относят высокую частоту рецидивов, местные кожные реакции, необходимость многократного повторения процедур. Более эффективным считается комплексное лечение с применением иммуномодуляторов. В арсенале современных средств имеются топические иммуномодуляторы: Генферон, Галавит, Иммунофан, Иммуномакс, Панавир и инозин пранобекс. Применение деструктивных методов в сочетании с местным и/или комбинированным лечением до 95% увеличивает эффективность терапии и снижает риск рецидивов.

Тем не менее лечение кондилом – длительное, дорогое и зачастую малоэффективное, поскольку ни один из современных методов не гарантирует выздоровления. В США папилломавирусную инфекцию считают самой дорогостоящей после СПИДа: стоимость лечения ежегодно составляет около 167,4 млн долларов [16].

Антипова Елена Вячеславовна – канд. мед. наук, заведующая консультативно-диагностическим отделением колопроктологии¹
✉ 127015, г. Москва, ул. Писцовая, 10, Российская Федерация. Тел.: +7 (905) 772 46 46. E-mail: lenakdo@mail.ru

Филиппенко Владимир Анатольевич – заведующий приемно-диагностическим отделением¹

Кузнецова Елена Вячеславовна – врач-колопроктолог консультативно-диагностического отделения колопроктологии¹

Фабрикова Елена Александровна – врач-колопроктолог консультативно-диагностического отделения колопроктологии¹

Давидович Денис Леонидович – канд. мед. наук, врач-колопроктолог консультативно-диагностического отделения колопроктологии¹
✉ 127015, г. Москва, ул. Писцовая, 10, Российская Федерация. Тел.: +7 (910) 471 68 23. E-mail: denisdavidovich@mail.ru

Соломка Александр Ясонович – врач-колопроктолог консультативно-диагностического отделения колопроктологии¹

¹ ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы»; 127015, г. Москва, ул. Писцовая, 10, Российская Федерация

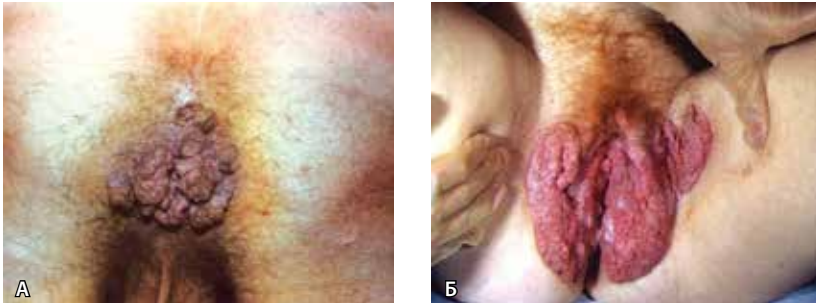


Рис. 1. Кондиломы: **А** – простые остроконечные кондиломы перианальной кожи; **Б** – гигантские перианальные кондиломы



Рис. 2. Больной К. Гигантские перианальные кондиломы

Учитывая рост заболеваемости, распространенность ВПЧ, недостаточную эффективность лечения, высокий риск рецидивов, в настоящее время ведется активный поиск профилактических средств [17]. Доказана эффективность вакцины Гардасил в отношении ВПЧ типов 6, 11, 16 и 18 [18]. Так, например, в Австралии результатом вакцинации Гардасилом 80% лиц в возрасте от 12 до 26 лет стало снижение заболеваемости кондилوماми на 60% [19].

В консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ» число пациентов с кондилوماми ежегодно составляет в среднем 2% среди госпитализированных больных с неонкологическими колопроктологическими заболеваниями. За 2 года 7 пациентам проведено комплексное лечение с использованием Иммуномакса, Валтрекса, Виферона и химической деструкции с местным применением мази Солкодерм. Однако при дальнейшем наблюдении в сроки от 4 до 6 месяцев у 3 больных вновь были выявлены кондиломы, что подтверждает высокий процент рецидивирования заболевания.

Мы располагаем одним случаем наблюдения и лечения гигантской кондиломы.

Больной К. 38 лет обратился в консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ» с жалобами на боли в заднем проходе и наличие опухолевого образования в области ануса. Из анамнеза известно, что первые признаки заболевания, характеризовавшиеся появлением мелких образований в области ануса, отметил 10 лет назад. К врачам обратился только тогда, когда появились боль и выраженный дискомфорт, обусловленные размерами опухоли.

При наружном осмотре выявлена обширная опухоль в виде «цветной капусты» размерами до 14×12 см, циркулярно охватывающая всю перианальную область, оставляя узкий непораженный участок кожи на 6 часов. На правой ягодице вблизи опухоли имеется аналогичное образование размером до 3,5–4 см (рис. 2). При пальцевом исследовании выявлено прорастание опухоли в анальный канал. В прямой кишке патологии не обнаружено.

На основании жалоб, клинической картины и данных обследования установлен диагноз «гигантские остроконечные кондиломы перианальной области». Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С положительных результатов не выявил. Больной госпитализирован. Учитывая размеры образования и наличие болевого синдрома, решено применить оперативное лечение.

В плановом порядке под спинальной анестезией проведена инфильтрация кожи перианальной области раствором прокаина (Новокаин). Выполнено иссечение опухоли, местами до подкожной жировой клетчатки и до поверхностной порции анального жома. Послеоперационный период – гладкий. Гистологическое исследование многочисленных срезов различных участков опухоли выявило морфологические признаки, характерные для гигантских остроконечных кондилом без малигнизации.

Контрольный осмотр пациента, выполненный через 6 месяцев, рецидива заболевания не выявил, однако это не исключает возможности дальнейшего рецидивирования заболевания.

В связи с высокой распространенностью, малоэффективным лечением, высоким процентом рецидивирования, опасностью развития онкозаболеваний проблема ВПЧ в настоящее время остается весьма актуальной. Ни один из современных методов лечения нельзя признать самым эффективным и гарантирующим отсутствие рецидивов. Чтобы не допустить рецидива заболевания, целесообразно периодически исследовать интерфероновый статус для оценки иммунной системы организма. Рекомендуется также динамическое наблюдение, включающее осмотр специалиста 1–2 раза в год и анализ крови на наличие папилломавирусной инфекции. ©



Литература (References)

- Brown DR, Shew ML, Qadadri B, Neptune N, Vargas M, Tu W, Juliar BE, Breen TE, Fortenberry JD. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis.* 2005;191(2):182–92.
- Кулаков ВИ, Савельева ГМ, Манухин ИБ, ред. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 1072 с. (Kulakov VI, Savel'eva GM, Manukhin IB, editors. *Gynecology: national guideline.* Moscow: GEOTAR-Media; 2007. 1072 p. Russian).
- Дубенский ВВ, Максимов МО. Современный взгляд на диагностику и лечение урогенитальной папилломавирусной инфекции. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2001;(1):51–6. (Dubenskiy VV, Maksimov MO. [Modern approaches to the diagnosis and treatment of urogenital papillomavirus infection]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2001;(1):51–6. Russian).
- Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 198 с. (Rogovskaya S.I. *Papillomavirus infection and disorders of uterine cervix.* Moscow: GEOTAR-Media; 2009. 198 p. Russian).
- Jansen KU, Shaw AR. Human papillomavirus vaccines and prevention of cervical cancer. *Annu Rev Med.* 2004;55:319–31.
- Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med.* 1997;102(5A):3–8.
- Rowhani-Rahbar A, Carter JJ, Hawes SE, Hughes JP, Weiss NS, Galloway DA, Koutsky LA. Antibody responses in oral fluid after administration of prophylactic human papillomavirus vaccines. *J Infect Dis.* 2009;200(9):1452–5.
- Tortolero-Luna G. Epidemiology of genital human papillomavirus. *Hematol Oncol Clin North Am.* 1999;13(1):245–57.
- Статистические материалы: заболеваемость, ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений в 2008–2009 гг. М.; 2010. 119 с. (Disease incidence, resources and activities of dermatovenerological facilities: statistics 2008–2009. Moscow; 2010. 119 p. Russian).
- Palefsky J. Efficacy of the quadrivalent HPV vaccine to prevent anal intraepithelial neoplasia among young men who have sex with men. 26th International Papillomavirus Conference; July 3–8 2010; Montreal, Canada. 2010.
- Dunne EF, Markowitz LE, Hariri S, Datta D, Saraiya M, Unger ER. Strategies to monitor HPV vaccine impact in USA. Abstracts, 25 HPV conference. Sweeden 2009; 2701.
- Franco L, Villa L, Richardson H. Human papillomavirus infection and reinfection in adult women: the role of sexual activity and natural immunity. In: Franco EL, Monsonago J, editors. *New developments in cervical cancer screening and prevention.* Oxford: Blackwell Science; 1997. p. 14–22.
- Soper DE. Genitourinary infections and sexually transmitted diseases. In: Berek J, editor. *Novak's Gynecology.* 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 453–70.
- Bosch F, Gissman L, Kocken M. European Consensus Statement on "HPV Vaccination and Colposcopy" Prepared on behalf of the European Federation for Colposcopy. EFC conference. Berlin; 2010. p. 97–100.
- Аруин ЛИ, Капуллер ЛЛ, Исаков ВА. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада-Х; 1998. 496 с. (Aruin LI, Kapuller LL, Isakov VA. *Morphological diagnosis of gastric and intestinal diseases.* Moscow: Triada-X; 1998. Russian).
- Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health.* 2004;36(1):11–9.
- Sexually transmitted infections quarterly report: Anogenital warts and HSV infection in England and Wales. *CDR Wkly.* 2001;11(35): 546–8.
- Wiley DJ, Douglas J, Beutner K, Cox T, Fife K, Moscicki AB, Fukumoto L. External genital warts: diagnosis, treatment, and prevention. *Clin Infect Dis.* 2002;35(Suppl 2):S210–24.
- Brotherton J, Fridman M, Saville M, Gertig D. First indication of a possible impact on cervical abnormalities following a national HPV vaccination program in Victoria, Australia. Updated July 2010. Abstract # 508, presented at IPV 2010, Montreal.

Perianal condylomas: clinical symptoms, diagnosis and treatment opportunities

Antipova E.V. • Filippenko V.A. • Kuznetsova E.V. •
Fabrikova E.A. • Davidovich D.L. • Solomka A.Ya.

The article discusses current data on the prevalence and clinical manifestations of papillomavirus infection. Burning issues of diagnosis and treatment are delineated. Experience-based

recommendations on the diagnosis and treatment of papillomavirus infection are presented.

Key words: papillomavirus infection, human papilloma virus, perianal condylomas.

Antipova Elena Vyacheslavovna – MD, PhD, the Head of the Coloproctology diagnostic department¹

✉ 10 Pistoovaya ul., Moscow, 127015, Russian Federation. Tel.: +7 (905) 772 46 46. E-mail: lenakdo@mail.ru

Filippenko Vladimir Anatol'evich – the Head of the Admission and Diagnostic Department¹

Kuznetsova Elena Vyacheslavovna – coloproctologist, Coloproctology diagnostic department¹

Fabrikova Elena Aleksandrovna – coloproctologist, Coloproctology diagnostic department¹

Davidovich Denis Leonidovich – MD, PhD, coloproctologist, Coloproctology diagnostic department¹
✉ 10 Pistoovaya ul., Moscow, 127015, Russian Federation. Tel.: +7 (910) 471 68 23. E-mail: denisdavidovich@mail.ru

Solomka Aleksandr Yasonovich – coloproctologist, Coloproctology diagnostic department¹

¹ City Clinical Hospital No. 24 of the Moscow City Health Department; 10 Pistoovaya ul., Moscow, 127015, Russian Federation