



Е.В. ФАЙЗУЛЛИНА, Д.В. ФРИЗИН, Л.К. БУНАКОВА

УДК 616.97:616-006.52

Казанский государственный медицинский университет

Волжская центральная районная больница, Республика Марий-Эл

Клинико-организационные аспекты медицинской помощи пациентам с аногенитальными бородавками как важнейший фактор сохранения репродуктивного здоровья населения

Файзуллина Елена Владимировна

доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. (843) 236-08-75, e-mail: elenafs@mail.ru

В статье рассмотрены основные вопросы, связанные с организацией медицинской помощи пациентам с папилломавирусной инфекцией как важнейший фактор сохранения репродуктивного здоровья населения.

Ключевые слова: аногенитальные бородавки, лечение.

E.V. FAIZULLINA, D.V. FRIZIN, L.K. BUNAKOVA

Kazan State Medical University

Volzhsk Central Regional Hospital, Republic of Mari-El

Clinical and organizational aspects of care for patients with anogenital warts as the most important factor in maintaining reproductive health

The article describes the main issues related to the organization of care for patients with HPV infection as the most important factor in maintaining reproductive health.

Keywords: anogenital warts, treatment.

Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы) – опухолевидные образования, которые часто располагаются на влажных местах, особенно при переходе слизистой оболочки в кожу (гениталии, слизистая уретры и прямой кишки, перианальная область). Генитальные бородавки в 90% случаев вызываются вирусом папилломы человека 6 и 11 типов и составляют от 1 до 13% клинических проявлений папилломавирусной инфекции [1, 2].

Рост заболеваемости аногенитальными бородавками наблюдается во многих странах мира. Характерной особенностью данной патологии является поражение больных в молодом возрасте, наиболее часто аногенитальные бородавки выявляются в возрасте от 16 до 30 лет. Особую проблему составляет заболеваемость аногенитальными бородавками у детей. До недавнего времени считалось абсурдным наличие аногенитальной ВПЧ-инфекции у детей,



не живущих половой жизнью, в связи с чем ни у врачей, ни у родителей не было настороженности в отношении возможности заражения детей этой инфекцией [3, 4]. У детей в возрасте до 3-х лет с клиническими проявлениями заболевания самым частым способом передачи инфекции является вертикальный путь [5, 6].

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) урогенитального тракта встречается одинаково часто у людей разных рас и независимо от их социальной принадлежности. Вирус папилломы человека может передаваться половым и контактно-бытовым путями, при медицинских манипуляциях, а также от матери к ребенку. Инфицирование происходит при прямом половом и орально-генитальном контактах, а также при мануальной стимуляции половых органов. ВПЧ передается ребенку при прохождении через родовые пути матери, а также от матери к ребенку не только при родах, но и во время беременности, чаще на ранних сроках. Частота передачи ВПЧ от матери плоду составляет от 4 до 87% [7]. При этом у детей развивается ювенильный респираторный папилломатоз – опухоль верхних дыхательных путей, занимающая первое место среди причин возникновения хронической обструкции гортани, которая в некоторых случаях может привести к летальному исходу. Заболевание имеет склонность к частому рецидивированию, с чем связана необходимость проведения множественных повторных хирургических операций по удалению папиллом [7, 8].

Генитальная ВПЧ-инфекция имеет высокую контагиозность, и вероятность заражения при половом контакте составляет 46-67%, заражение же при однократном половом контакте происходит примерно в 60% случаев [9, 10]. Косвенно о высокой контагиозности ВПЧ-инфекции свидетельствуют данные о выявлении в 65-70% случаев генитальных бородавок при обследовании обоих половых партнеров. Использование презерватива при половом контакте не всегда исключает возможность инфицирования, при этом входными воротами инфекции могут служить участки эпителия, которые не защищены презервативом, например, мошонка, вульва или перианальная область.

Инкубационный период заболевания составляет от 1 до 12 месяцев, в среднем 3-6 месяцев. ПВИ подразделяют на клиническую, субклиническую и латентную формы. Клиническая форма ПВИ является причиной соответствующих симптомов у пациентов и видима «невооруженным глазом». Проявлением клинической формы являются генитальные бородавки (остроконечные, плоские или эндофитные кондиломы). Субклиническая форма не сопровождается симптомами, но может быть диагностирована при кольпоскопии или микроскопическом исследовании ткани. Морфологические изменения шейки матки, вызываемые ВПЧ, представляют собой спектр предраковых поражений, которые обозначаются как цервикальная интраэпителиальная неоплазия (cervical intraepithelial neoplasia - CIN) или дисплазия, способная прогрессировать в плоскоклеточную карциному. Латентная форма не может быть диагностирована кольпоскопически, цитологически и гистологически.

Клинические проявления ПВИ гениталий высоковариабельны, включая спонтанную регрессию и рецидивы при различных визуальных и кольпоскопических картинах. Выделяют условно 2 формы заболевания ПВИ – эндофитную и экзофитную, которые могут диагностироваться как порознь, так и в различных сочетаниях [9,10]. В классификации, предложенной J. Handley и W. Dinsmoke, выделяют [11]:

1) клинические формы – бородавки (кондиломы, плоские кондиломы, вульгарные бородавки), симптоматические

интраэпителиальные неоплазии на ранних стадиях койлоцитоз, дискератоз, при отсутствии дисплазии (плоские кондиломы);

2) субклинические формы – бессимптомные интраэпителиальные неоплазии на ранних стадиях койлоцитоз, дискератоз, при отсутствии дисплазии (плоские кондиломы);

3) латентные формы.

В свою очередь, аногенитальные бородавки разделяют клинико-морфологически на остроконечные, папиллярные (с выраженным экзофитным ростом), а также плоские и инвертированные (внутриэпителиальные) с эндофитным ростом.

Диагностировать инфекцию, вызванную ВПЧ, у большинства больных можно на основании данных анамнеза и типичной клинической картины заболевания, поскольку кондиломы видны невооруженным глазом. Проблемы в диагностике могут возникнуть на ранних стадиях заболевания, когда кондиломы очень малы и похожи на шероховатость поверхности. Дополнительные методы диагностики могут потребоваться при локализации аногенитальных бородавок в уретре, анусе, во влагалище и на шейке матки. У 85% пациенток с типичными аногенитальными бородавками вульвы и промежности имеются дополнительные очаги ВПЧ-инфекции во влагалище или шейке матки [12,13]. Наружное отверстие уретры поражается в 20-24% случаях и может приводить к нарушениям мочеиспускания.

При поражении влагалища и шейки матки ценным диагностическим методом является кольпоскопия. Получить доказательства наличия ВПЧ-инфекции позволяют исследования по Папаниколу мазков соскобов (Пап-тест), взятых со слизистой шейки матки.

Биопсия показана при гиперпигментированных и атипичных высыпаниях, подозрении на рак и предраковые заболевания. При наружном осмотре может быть использована проба с уксусной кислотой, когда при нанесении 5% уксусной кислоты участки поражения ПВИ окрашиваются в серо-белый цвет. Данный метод можно использовать при гиперпластических процессах, однако он недостаточно эффективен при субклиническом течении заболевания.

Современные методы диагностики подразделяются на неамплификационные (Southern-blot, Dot-blot, гибридизация in situ) и амплификационные (Hybrid Capture, ПЦР).

У большинства больных с папилломавирусной инфекцией выявляются также другие ИППП, что обуславливает у них состояние выраженного иммунодефицита урогенитального тракта и способствует персистенции ПВИ. По данным Перламутрова Ю.Н. (2004) [14], сочетанная с аногенитальными бородавками инфекция урогенитального тракта была обнаружена в 61% случаев и состояла из хламидий, трихомонад и мико-уреаплазм в различных по составу микробных ассоциациях. Аногенитальные бородавки возникают у женщин на фоне патологии гениталий, имеющей преимущественно воспалительный генез и длительное хроническое течение: кольпиты – 100%, хронические аднекситы – 30,7%, фоновые заболевания шейки – 44,4%. ПВИ часто выявляют у пациентов с дисфункцией клеточного иммунитета, чаще у ВИЧ-инфицированных и тех, кому проводили иммуносупрессивную терапию [15].

В настоящее время применяются следующие методы лечения:

1. Деструктивные методы:

- а) Физические (хирургическое иссечение, электрохирургические методы, криотерапия, лазеротерапия);
- б) химические (азотная кислота, трихлоруксусная кислота, солкодерм).



2. Цитотоксические препараты (для лечения аногенитальных поражений):

- а) подофиллин;
- б) подофиллотоксин;
- в) 5-фторурацил;

3. Иммунологические методы:

- а) альфа-, бета- и гамма-интерферон.
- 4. Комбинированные методы.

Профилактика аногенитальных бородавок подразумевает исключение случайных половых контактов, использование презервативов и средств индивидуальной профилактики, соблюдение личной и половой гигиены. Обследованию подлежат все половые партнеры больных с наружными проявлениями ПВИ.

Таким образом, в современных условиях возрастают требования к мониторингу пациентов с папилломавирусной инфекцией уrogenитального тракта для сохранения репродуктивного здоровья населения.

При выявлении данного заболевания необходимо заполнить учетную форму N 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» [16]. Согласно контрольно-действующих приказов [17,18,19,20], порядок оказания дерматовенерологической помощи пациентам с аногенитальными бородавками состоит в регламентации требований к амбулаторно-поликлинической диагностике и лечению. Данные представлены в таблицах 1 – 6.

Таблица 1.
Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике

Для мужчин

а) обязательная

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1

б) дополнительная

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
11.28.006	Получение уретрального отделяемого	0,9	1
09.21.002	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	0,9	1
11.05.001	Взятие крови из пальца	0,9	1
26.06.082	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	0,9	1

Для женщин

а) обязательная

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	1

б) дополнительная

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,9	1
11.20.003	Получение цервикального мазка	0,9	1
11.28.006	Получение уретрального отделяемого	0,9	1
09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	0,9	1
11.05.001	Взятие крови из пальца	0,9	1
26.06.082	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	0,9	1

Таблица 2.
Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому (из расчета 14 дней)

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
01.008.02	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	1	3
13.30.003	Психологическая адаптация	1	1
25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	0,5	1



Таблица 3.
Требования к немедикаментозной помощи

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
16.01.034	Удаление доброкачественных новообразований кожи	0,2	2
22.01.03	Лазерная деструкция ткани кожи	0,1	2
24.01.004	Криодеструкция кожи	0,2	2

Таблица 4.
Требования к лекарственной помощи

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	МНН	Торговое наименование	Форма выпуска	Режим дозирования	№ в реестре зарегистрированных лекарственных средств
Противовирусное средство D06BB04	Подofilлотоксин	Кондилин	0,5% раствор для наружного применения	Раствор наносят на кондиломы 2 раза в сутки в течение 3 дней, далее перерыв 4 дня; возможен повторный 3-дневный курс лечения – не более 5 недель	П N013828/01-2002
Препарат для лечения мозолей и бородавок D11AF	Азотная кислота+уксусная кислота+щавелевая кислота+молочная кислота+меди нитрата (II) тригидрат	Солкодерм	Раствор для наружного применения	Раствор наносят на кондиломы 1 раз в 7 дней	П N015196/01

Особенности лечения аногенитальных бородавок у беременных и кормящих женщин. При лечении беременных и кормящих женщин предпочтение следует отдавать физическим методам деструкции в условиях медицинского учреждения. Имеются единичные клинические данные об эффективности и приемлемости применения солкодерма у беременных. На период лечения необходимо исключить половые контакты.

Таблица 5.
Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
13.31.001	Обучение самоуходу	0,5	1

Обучение самоуходу включает изучение правил нанесения лекарственного препарата на пораженные участки кожи.

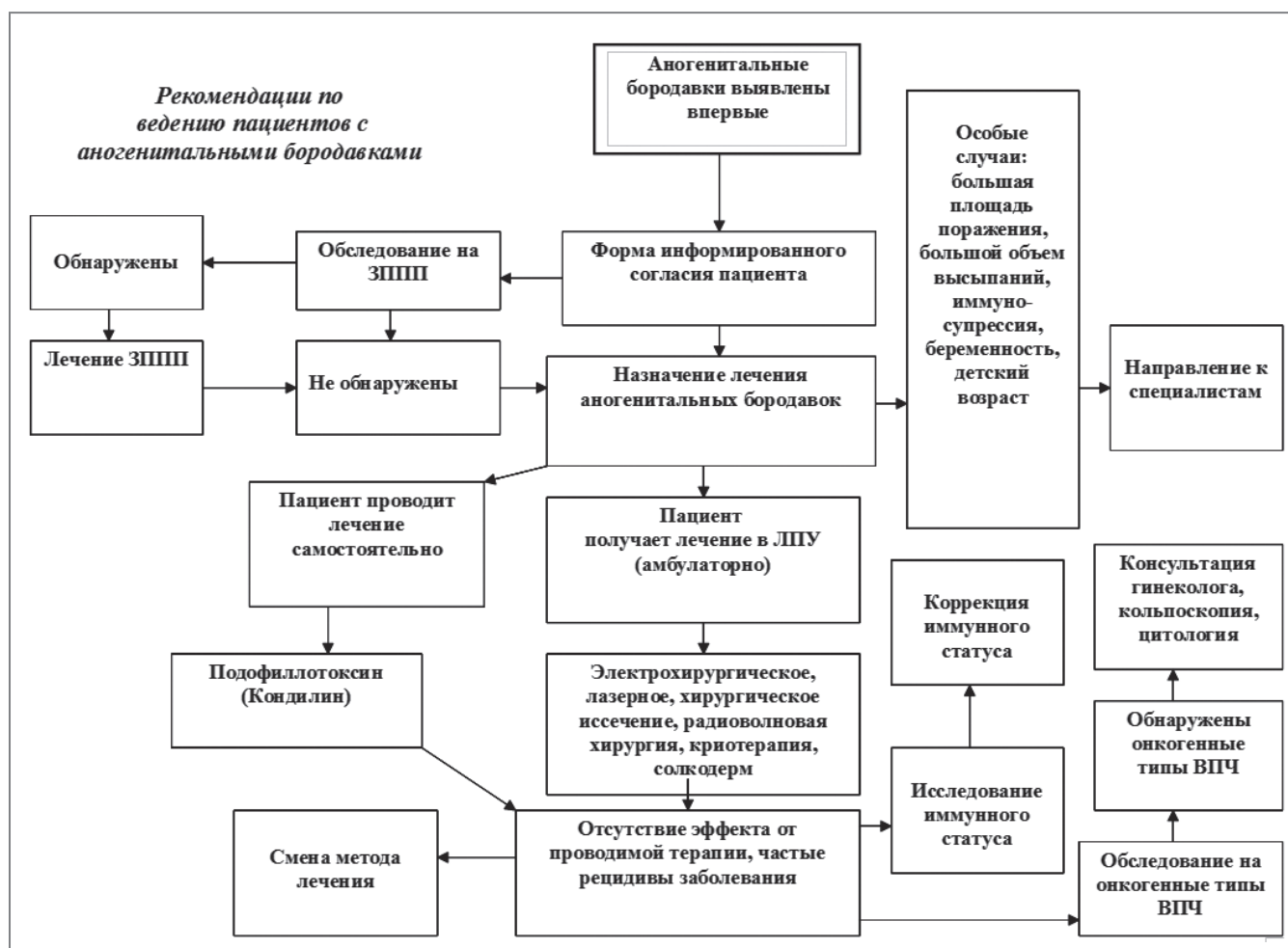
Таблица 6.
Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Восстановление здоровья	75	Полное отсутствие высыпаний	7-14 дней	-
Возникновение нового заболевания	25	Повторное заражение, рецидив	На любом этапе заболевания	Согласно требованиям алгоритма в приложении №1

Рекомендации по ведению пациентов с аногенитальными бородавками позволяют предложить блок-схему, которая позволяет повысить эффективность существующего мониторинга (приложение 1). Представлен стандартный маршрут пациента и особые случаи: большая площадь поражения, большой объем высыпаний в аногенитальных областях, иммуно-супрессия, беременность, детский возраст.

При цитологической норме целесообразно выделение групп женщин риска ВПЧ-инфекции: женщины, которым ранее проводилось лечение влагалищной части шейки матки без предварительного углубленного обследования; женщины с ранним сексуальным дебютом (до 17 лет); женщины, ведущие

половую жизнь с частой сменой половых партнеров; женщины, в анамнезе у которых перенесенные ИППП и женщины с заболеваниями, сопровождающимися нарушениями иммунитета. Эффективные программы, нацеленные на соответствующие группы населения, позволят значительно снизить заболеваемость, улучшить репродуктивный потенциал. Эффективные программы, нацеленные на соответствующие группы населения и использование специфических скрининговых тестов (ВПЧ тест, кольпоскопия), способны обеспечить адекватное наблюдение за женщинами с сомнительными или позитивными результатами.



ЛИТЕРАТУРА

- Кузнецова Ю.Н. с соавт. Папилломавирусная инфекция уrogenитального тракта. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. — Екатеринбург: Чароид, 2002. — 24 с.
- Хансфилд Х. Заболевания, передающиеся половым путем. Цветной атлас-справочник (пер. англ.). — БИНОМ, 2004. — 296 с.
- Гомберг М.А., Соловьев А.М. Опыт применения солкодерма в дерматовенерологической практике // Вестник дерматологии и венерологии. — 1999. — № 1. — С. 60-62.
- Kilciler M., Bedir S., Erdemir F. et al. Condylomata acuminata of external urethral meatus causing infravesical obstruction // Int. Urol. Nephrol. — 2007. — Vol. 39, № 1. — P. 107-9.
- Короткий Н.Г. Клинико-иммунологические особенности течения аногенитальной инфекции у детей, вызванной вирусом папилломы человека // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2003. — № 4. — С. 8-10.
- Lu U.C., Jun-Hong. A randomized controlled clinical trial on solcoderm versus podophyllotoxin 0.5% tincture in the treatment of condylomata acuminata // Chinese Journal of new drugs. — 2003. — Vol. 12, № 2.
- Sinal S.H., Woods C.R. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children // Semin. Pediatr. Infect. Dis. — 2005. — Vol. 16, № 4. — P. 306-16.
- Васильев М.М., Богатырева М.М., Котова Л.К., Белавин А.С. Современные аспекты папилломавирусной инфекции уrogenитального тракта (клиника, диагностика, лечение) ИПП. — 1999. — № 5. — С. 20-26.
- Gajewska M., Wielgos M., Kaminski P. et al. The occurrence of genital types of human papillomavirus in normal pregnancy and in pregnant renal transplant recipients // Neuro Endocrinol. Lett. — 2006. — Vol. 27, № 4. — P. 529-34.
- Баткаев Э.А. Папилломавирусная инфекция человека // Вестник последипломного медицинского образования. — 2003. — № 3-4. — С. 10-16.
- Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. Перевод с англ. под ред. В.П. Адаскевича. — М., 2004.
- Башмакова М.А., Савичева А.М. Папилломавирусная инфекция. Пособие для врачей. Мед. книга НГМА. — 2002. — 32 с.
- Борисенко К.К. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем. Методические материалы. САНМ. — М., 1996. — 20 с.
- Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И. Комплексная терапия у пациентов с папилломавирусной инфекцией. Пособие для врачей. — М., 2004. — 13 с.
- Ключарева С.В., Ядыкин. Применение хирургических лазеров в лечении остроконечных кондилом. Методические рекомендации. — СПб., 2009.
- Юцковская Я.А., Маркелова Е.В., Кизей И.Н. Лечение вирусных новообразований кожи в специализированной косметологической клинике // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — № 4. — С. 80-85.

Полный список литературы на сайтах
www.mfvt.ru, www.pmarchive.ru.