

В то же время уплощенные апикальные отделы части ворсин оказываются лишенными эпителиального покрова. В этих участках нередко наблюдаются фибриноидные некрозы и тромбозы сосудов поверхностной зоны. Размеры ворсин, особенно их высота, заметно снижаются, что сопровождается уменьшением их поперечного размера. Соответственно снижается и число ворсин на единицу площади КТ. В отдельных участках поверх уплощенных ворсин и кишечных ямок нарастает монослой из кишечного эпителия с большим количеством цилиндрических клеток (рис.5).

Обнаруженные изменения идентичны острому альтеративно-десквамативному энтериту и колиту, что предполагает нарушение всасывания преимущественно за счет потери эпителиального покрова кишки. С другой стороны резкое венозное полнокровие способствует не только нарушению всасывания, но и, напротив, может приводить к выделению определенного количества жидкости из стенки поврежденной кишки. Следовательно уже на ранних этапах повреждение слизистой

КТ сопровождается блокированием всасывания, что делает физиологичным выполнение им своих функций при определенных вторичных изменениях стенок.

Через год происходят регенерация и перестройка эпителия, выражающиеся в атрофии и уменьшении числа всасывающих цилиндрических клеток и увеличении количества слизеобразующих бокаловидных элементов. Это в сочетании с уменьшением числа и размеров ворсин и крипт, редукцией лимфатического русла и склерозом кровеносных сосудов и стромы блокирует всасывание. Увеличение количества слизеобразующих бокаловидных клеток обеспечивает создание барьера, защищающего слизистую КТ от воздействия мочи.

Выводы

Морфологические изменения, происходящие в стенке КТ под воздействием мочи, способствуют сохранению гомеостаза и являются идентичными при толсто- и тонкокишечном вариантах пластики мочевого пузыря.

Сведения об авторах статьи:

Ситдыков Эдуард Назипович, д.м.н., профессор, академик АН РТ ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Россздрави» кафедра урологии Россия, Татарстан, г.Казань, ул.Бутлерова д.47 Клиника им. А.В.Вишневого, 420012,
Зубков Алексей Юрьевич, к.м.н., доцент, заслуженный врач РТ ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Россздрави» кафедра урологии Россия, Татарстан, г.Казань, ул.Бутлерова д.47 Клиника им. А.В.Вишневого, 420012, j-key@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цветов Е.П. Морфологические изменения трансплантата при кишечной пластики мочевого пузыря // Новый хирург. Архив.- 1961.-№1.-с.48-54.
2. Шахов Е.В. Гистологическая характеристика тонкокишечного трансплантата используемого для пластики мочевого пузыря в эксперименте// Материалы 2-го Всесоюз.симпозиума.- Горький. 1973.-С.232-235.
3. Комяков Б.К., Аничков Н.М., Бодарева Н.В. Морфологическая адаптация искусственного мочевого пузыря// Материалы Пленума РОУ. - Краснодар, 2010.- С.69-73.

УДК 616.66 - 022-08

© Х.С. Ибишев, З.Т. Тагиров, А.Х. Ферзаули, О.В. Пархоменко, 2011

Х.С. Ибишев, З.Т. Тагиров, А.Х. Ферзаули, О.В. Пархоменко КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НИИ урологии и нефрологии РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

В настоящее время папилломавирусная инфекция (ПВИ) – одно из наиболее распространенных урогенитальных заболеваний, передающихся половым путем. Встречается с одинаковой частотой как у женщин, так и у мужчин, живущих активной половой жизнью. Обследованы 34 пациента в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом остроконечные кондиломы полового члена. Для идентификации типа ПВИ использован амплификационный метод диагностики (полимеразная цепная реакция - ПЦР). Комплексное лечение больных ПВИ, сочетающее диатермоэлектрокоагуляцию и иммуномодулирующую терапию (суппозитории Виферон 1 млн. МЕ. х 1 раз в день, рег. гестум № 10 + гель Виферон 2 раза в день в течение 20 дней на область диатермоэлектрокоагуляции), ускоряло элиминацию ПВИ из покровных тканей гениталий, что проявлялось отсутствием рецидива остроконечных кондилом (ОК).

Выводы: Наиболее частым этиологическим фактором остроконечных кондилом полового члена является 6,11,16,18 типы папилломавирусной инфекции. Высокая клиническая эффективность комбинированной терапии, сочетающей диатермоэлектрокоагуляцию с иммуномодулирующей терапией позволяет рекомендовать ее для лечения остроконечных кондилом полового члена.

Ключевые слова: Папилломавирусная инфекция, остроконечные кондиломы, интерфероны.

Kh.S. Ibishev, Z.T. Tagirov, A.Kh. Ferzauly, O.V. Parkhomenko COMBINED THERAPY OF GENITAL PENIS WARTS

Currently, HPV infection is one of the most common urogenital sexually transmitted diseases. The occur with equal frequency in both women and men who live an active sex life. The study included 34 patients aged 20 to 35 years diagnosed with genital penis warts. To identify the type PVI amplification method was used used for diagnosing (polymerase chain reaction - PCR). Combined treatment of patients with PVI combines diathermoelectrocoagulation and immunomodulatory therapy (suppositories Viferon 1 million IU. X 1 per day, per rectum № 10 + Viferon gel 2 times a day for 20 days on diathermoelectrocoagulation region), accelerated the elimination of the PVI integumentary tissues of the genitals, which was manifested by the lack of recurrence of UC.

Conclusions: The most common etiologic agent of genital warts penis is 6,11,16,18 types of human papillomavirus infection. High clinical efficacy of combination therapy that combines diathermoelectrocoagulation with immunomodulatory therapy can be recommended for the treatment of genital penis warts.

Key words: human papillomavirus infection, genital warts, interferon.

В настоящее время папилломавирусная инфекция (ПВИ) – одно из наиболее распространенных урогенитальных заболеваний, передающихся половым путем [1,2]. Встречается с одинаковой частотой как у женщин, так и у мужчин, живущих активной половой жизнью. Особую значимость данной проблемы в андрологии придает распространение ПВИ среди мужчин репродуктивно значимого возраста. Как правило, инфицированность ПВИ у мужчин приводит к различным заболеваниям репродуктивной системы [3].

В результате многочисленных исследований главный фактор риска инфицирования связан с характером половых связей: повышается при раннем начале половой жизни с частой сменой половых партнеров [4, 5, 6]. Определена зависимость от сексуальной ориентации, выявлен высокий процент инфицирования ПВИ среди гомосексуалистов обоих полов аногенитальной ПВИ, с превалированием папилломавируса высокого онкогенного риска. Одной из часто клинически регистрируемых форм ПВИ являются остроконечные кондиломы (ОК). В настоящее время не существует этиотропной терапии, практически отсутствует специфическая терапия. Лечение клинических форм ПВИ включает использование цитотоксических препаратов (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил), физическую или химическую деструкцию, назначение иммуномодулирующих препаратов, таких как интерфероны и их индукторы, вакцины, экзогенные иммуномодуляторы естественного происхождения [5,6]. Однако ни при одном из используемых методов терапии ПВИ не происходит полного разрушения кондилом и элиминации вируса из организма. Поэтому, предпочтительным является комбинированная терапия, сочетающая фармакотерапию, действующую на патогенетическую основу заболевания, с одним из физических методов лечения.

Материал и методы

Обследованы 34 пациента в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом остроконечные кондиломы полового члена. Для идентификации типа ПВИ использован амплификационный метод диагностики (полимеразная цепная ре-

акция - ПЦР). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от проведенной терапии. 1-й группе (12 мужчин) проведена диатермоэлектрокоагуляция; 2-й группе (12 мужчин) - комбинированная терапия - диатермоэлектрокоагуляция + иммуномодулирующая терапия (суппозитории Виферон 1млн. МЕ. 1 раз в день, per rectum № 10); 3-й группе (10 мужчин) - диатермоэлектрокоагуляция и иммуномодулирующая терапия (суппозитории Виферон 1 млн. МЕ. x 1 раз в день per rectum № 10 + гель Виферон 2 раза в день в течение 20 дней на область диатермоэлектрокоагуляции).

Результаты и обсуждение

У обследованных мужчин наиболее частая локализация ОК (35 % случаев) - крайняя плоть головки полового члена, 29% - головки полового члена, реже - 20 % случаев - венечная борозда, а в единичных случаях - наружное отверстие уретры (рис. 1).

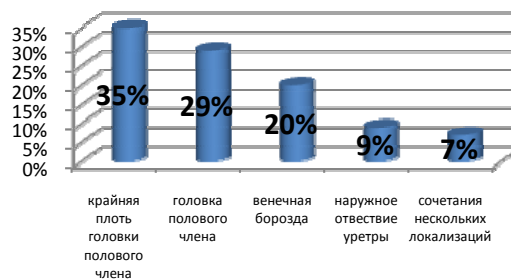


Рис. 1. Локализация остроконечных кондилом

Для проведения молекулярно - биологической идентификации использовали образцы: клеточный материал, собранный с помощью щеточки-эндобраша, и биопсийный материал, полученный после диатермоэлектрокоагуляции.

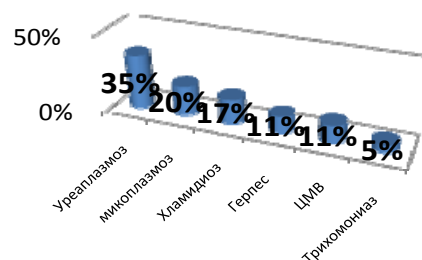


Рис. 2. Сочетания ПВИ с урогенитальными инфекциями

В результате в 82,3 % случаев выделены 6 и 11-й типы ПВИ. В 53 % случаев имело место сочетание 6 и 11-го типов с 16 и 18-м типами ПВИ, а в 29,4% случаев отмечено сочетание с 31 типом, в единичных случаях - с 33-м типом ПВИ. В 17,7% случаев 16 и 18-й типы ПВИ выявлены в моноварианте. При динамическом наблюдении в течение 3 месяцев рецидив ОК в 1-й группе отмечен у 20 % пациентов, во 2-й - у 8,8%, в 3-й группе рецидивов не выявлено.

Кроме того, отмечена ассоциативность ПВИ с другими урогенитальными инфекциями: герпес, хламидиоз, цитомегаловирус, что затрудняет лечение пациентов с данной патологией (рис. 2).

Наиболее часто отмечались сочетания ОК с *Ureaplasma urealiticum* -35%, *Mycoplasma genitalium* - 20%, *Chlamydia trachomatis* - 17%.

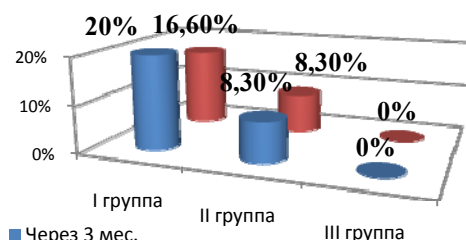


Рис. 3. Результаты лечения через 3 и 6 месяцев.

При динамическом наблюдении в течение 3 и 6 месяцев рецидив остроконечных

кондиллом в 1-й группе отмечен у 20 % пациентов, во 2-й - у 8,8%, а в 3-й группе рецидивов не выявлено (рис. 3).

Комплексное лечение больных ПВИ ускоряло ее элиминацию из покровных тканей гениталий, что проявлялось отсутствием рецидива ОК. Деструкция кондиллом у пациентов вызывала болевые ощущения и усиливала локальную воспалительную реакцию (эритема, мокнутие). Препараты интерферона оказывали терапевтическое действие на эту симптоматику. Преимуществами данных препаратов были раннее появление фармакологических эффектов: противовоспалительного, сокращения продолжительности заживления после деструкции кондиллом (в среднем в 2 и 2,5 раза после назначения суппозиторий Виферон и Виферон + гель Виферон по сравнению с показателями у больных, не получавших интерферонотерапию).

Выводы

Таким образом, наиболее частыми этиологическими факторами остроконечных кондиллом полового члена являются 6,11,16,18 типы папилломавирусной инфекции. Высокая клиническая эффективность комбинированной терапии, сочетающей диатермоэлектрокоагуляцию с иммуномодулирующей терапией (суппозитории Виферон 1 млн. МЕ. + гель Виферон), позволяет рекомендовать ее для лечения остроконечных кондиллом полового члена.

Сведения об авторах статьи:

Ибишев Халид Сулейманович – д.м.н., ассистент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии Ростовского государственного медицинского университета, e-mail: ibishev22@mail.ru
Тагиров Загир Тагирович – к.м.н., колледж Ростовского государственного медицинского университета, адрес: 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, e-mail: zagir62@mail.ru
Ферзаули Ахмед Харисович - аспирант кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии Ростовского государственного медицинского университета. Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии, адрес: 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, e-mail: ferz_ahmed@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Г.А., Биткина О.А. Папилломавирусная инфекция. М.: Мед. книга, 2006.
2. Евстигнеева Н. П. Папилломавирусная инфекция урогенитального тракта женщин: эпидемиология, факторы персистенции, оптимизация ранней диагностики и профилактики онкогенеза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
3. Коган М.И., Сероухов А.Ю. Роль вирусов в развитии урологических заболеваний // II науч.-практ. конф. Рациональная фармакотерапия в урологии. Москва, 7-8 февраля. 2008 г. М., 2008. С 57-58.
4. Молочков А.В. Применение препарата рекомбинантного интерферона альфа-2 «Виферон» в дерматологической практике // V науч.-практ. конф. «Терапия социально-значимых заболеваний в дерматовенерологии». Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии. Москва, 28-29 сент. 2005 г. М., 2005. С. 93-94.
5. Роговская С.И. Вакцины против вируса папилломы человека: новые возможности профилактики цервикального рака // Гинекология. 2007. Т.9, №1. С. 15-20.
6. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: В помощь практикующему врачу. Изд.2-е, испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 192 с.