

сти от половой принадлежности производился забор отделяемого из уретры, влагалища, цервикального канала, секрета простаты и эякулята для микроскопии окрашенного мазка (эякулят микроскопировался нативно) и выполнение культурального исследования и ПЦР.

У больных со свежей формой мочеполювого трихомониаза чувствительность ПЦР составила 46,7%. При этом чувствительность культурального и микроскопического методов была 73,3% и 86,7% соответственно. При хронической форме чувствительность ПЦР составила 66,7%, культурального метода — 52,4%, а микроскопического — 66,7%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что классические методы диагностики (микроскопия и культуральный метод) при свежей форме урогенитального трихомониаза обладают большей чувствительностью, чем ПЦР. Причины более низкой чувствительности ПЦР, при свежей трихомонадной инфекции, требуют дальнейшего изучения. Учитывая полученные результаты, ПЦР, на наш взгляд, не может использоваться в качестве предпочтительного диагностического метода при постановке диагноза урогенитальный трихомониаз с давностью заболевания менее двух месяцев.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ И СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ

С.В. Ключарева, С.И. Данилов, В.А. Пирятинская, А.А. Ядыкин

Кафедра дерматовенерологии СПб Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

Кафедра дерматовенерологии СПб Государственной педиатрической медицинской академии

Актуальность проблемы диагностики и лечения остроконечных кондилом (ОК) продиктована повсеместно регистрируемым ростом числа случаев этого заболевания и относительно невысокой эффективностью традиционных методов его терапии. Эффективность использования неинвазивных локальных методов лечения — химио- и цитотоксических препаратов (трихлоруксусная кислота, солкодерм, подофиллин, подофиллотоксин и пр.) составляет не более 50%. Количество рецидивов, наблюдаемых при применении инвазивных мероприятий (жидкий азот, крио- электрокоагуляция) достигает не менее 40%. Системная противовирусная и иммунокорректирующая терапия зачастую не вписывается в общую схему лечения тех инфекционных воспалительных заболеваний гениталий и малого таза (уретрит, простатит, аднексит цистит и пр.), на фоне которых выявляются ОК.

На базе клиники дерматовенерологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова в течение 8-и лет проводится обследование и лечение больных с самыми разнообразными по происхождению и характеру новообразованиями кожи (НОК). Общее число наблюдений на сегодняшний день составляет более 20 000. Согласно нашим данным, частота встречаемости ОК среди прочих опухолей кожи у взрослого неорганизованного населения составляет 11,6% (568 эпизодов наблюдения), в организованных контингентах достигает 8,2% (1 176 эпизодов наблюдения), что соответствует 4–5 месту в общей структуре регистрации НОК. Частота выявления ОК у лиц женского пола несколько выше (64,1%), вследствие относительно более организованной диспансеризации женского населения. Пик заболеваемости, по вполне понятным причинам, приходится на возраст 16–35 лет (82,2% случаев регистрации). В абсолютном большинстве наблюдений (90,4%) ОК выявляются (по результатам ПЦР) на фоне сопутствующих ИППП-хламидиоза,

уреаплазмоза, микоплазмоза, трихомоноза, генитального герпеса, кандидоза, ВИЧ.

Идентификация вирусной ДНК и определение типа вируса папилломы человека (ВПЧ), проводимая посредством флуоресцентной гибридизации в биопсийном материале показывает, что наиболее часто ОК вызываются ВПЧ 11 типа (38,6%), значительно реже ВПЧ 6,16,18 типов (8,4%; 6,4%; 3,2% соответственно) и лишь в исключительных случаях ВПЧ 31 и 33 типов высокого онкогенного риска. Более чем 40% случаев вирус не идентифицируется, либо не обнаруживается. В 59,6% случаев очаги кондиломатоза имеют множественный, в 32,1% случаев сливной и, лишь в 8,3% случаев единственный характер. Клинически более распространен гиперпластический (папилломатозный) (>30% случаев наблюдения), сидячий (папулезный) »20% случаев наблюдения) и смешанный (>25% случаев наблюдения) типы поражения. Для ОК веррукозного типа, встречающихся значительно реже (>10% случаев наблюдения), характерно экстрагенитальное расположение (паховые складки, промежность, аноректальная зона и пр.) либо внутренняя локализация (шейка матки, мочевого пузыря, уретра). В этих областях ОК приобретают плоскую форму. Кроме того, отличительной их особенностью является выраженный эндофитный рост. По результатам наших совместных с кафедрой урологии наблюдений у 6–8% мужчин с ОК наружной локализации выявляются единичные, и у 0,4% — множественные внутренние очаги поражения (дистальный и проксимальный отделы уретры, шейка мочевого пузыря, треугольник Льебто). Анализ скрининговых показателей клеточного (общее число лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, РБТЛ на ФГА), неспецифического (CD20, sIgA, M, G, ЦИК, РБТЛ на В-клеточный митоген) иммунитета и факторов естественной резистентности (ИФН-статус) не выявил каких бы то ни было специфических, либо статистически достоверных нарушений иммунного статуса у больных ОК по сравнению с группой контроля, включавшей в себя пациентов с прочими ИППП бактери-

ального, вирусного и зоонозного происхождения. Динамика базовых иммунных показателей у абсолютного большинства больных ОК укладывалась в картину более или менее контролируемого организмом ответа на инфекционный агент и расценивалась, как иммунокомпетентное состояние. Исключением являлась незначительная по числу наблюдений (37 человек) группа больных с гигантской остроконечной кондиломой Бушке-Левенштейна (ГКБЛ), которая обычно рассматривается, как частный вариант течения остроконечного кондиломатоза. Однако, собственные наблюдения за клинической картиной ГКБЛ (макроскопический вид опухоли, молниеносный и инвазивный рост, стадийность развития), характером патоморфологических изменений (облигатное развитие псевдокарциноматозной гиперплазии эпидермиса, клеточная атипия, повышенная митотическая активность и пр.), результатами ДНК-типирования (отсутствие и неидентифицируемость ВПЧ в 75,7% случаев), четкие и последовательные изменения гуморального и клеточного звеньев иммунитета, выражающиеся в формировании у таких больных иммунодефицитных состояний (хелперного типа по относительному гиперцитотоксическому/супрессивному варианту — у 88,8% пациентов, вторичного Т-клеточного иммунодефицита цитотоксического/супрессор-

ного типа по относительному гиперхелперному — у 11,2% пациентов) позволяют нам усомниться в том, что банальные ОК и ГКБЛ — единое заболевание. Причиной слияния в общую нозологическую единицу этих близких, но по нашему мнению, самостоятельных патологий является их частая ассоциированность, достигающая (согласно собственным данным) 59,5%.

Оптимальным инструментом для лечения как ОК, так и ГКБЛ мы считаем СО²-лазер. Этот аппарат позволяет, в зависимости от локализации распространенности и степени инвазивности процесса, индивидуально подобрать адекватный метод оперативного пособия (резекция, послойная вапоризация, коагуляция), и интрооперационно изменяя характер воздействия на ткани (импульсный, непрерывный режимы), маневрировать объемом вмешательства. Данные преимущества позитивно отражаются на конечных результатах лечения и дают возможность до минимума сократить число рецидивов. Так, после однократного сеанса лечения количество рецидивов не превышает 15%, после повторного — 5%, при следующем, рекомендуемом нами после радикального удаления ОК режиме диспансерного наблюдения: ежемесячный осмотр в течение первого полугодия, ежеквартальный — в течение последующего года и ежегодный — на протяжении 5–7 лет.