

Х.С.ИБИШЕВ, д.м.н., З.Т.ТАГИРОВ, к.м.н., А.Х.ФЕРЗАУЛИ, аспирант,
НИИ урологии и нефрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития, Ростов-на-Дону

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

В настоящее время папилломавирусная инфекция — одно из наиболее распространенных урогенитальных заболеваний, передающихся половым путем. Встречается с одинаковой частотой как у женщин, так и у мужчин, живущих активной половой жизнью.

Материалы 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 реакция — ПЦР).

Результаты. Комплексное лечение больных ПВИ, сочетающее диатермоэлектрокоагуляцию и иммуномодулирующую терапию (суппозитории Виферон (№10) 1 млн МЕ × 1 раз в день per rectum + гель Виферон 2 раза в день в течение 20 дней на область диатермоэлектрокоагуляции), ускорило элиминацию ПВИ из покровных тканей гениталий, что проявлялось отсутствием рецидива остроконечных кондилом.

Выводы. Наиболее частым этиологическим фактором остроконечных кондилом полового члена является 6, 11, 16, 18-й 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

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время папилломавирусная инфекция (ПВИ) — одно из наиболее распространенных урогенитальных заболеваний, являющееся одной из причин заболеваемости и смертности среди лиц репродуктивного возраста [1, 2, 8]. 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 [3].

В результате многочисленных исследований установлено, что главный фактор риска инфицирования связан с характером половых связей: повышается при раннем начале половой жизни с частой сменой половых партнеров [5, 6, 7]. Концепция сексуального контакта как фактора в возникновении болезни была признана еще в Древней Греции

и Римской империи. ПВИ — связанные генитальные поражения (остроконечные кондиломы) были описаны в древних писаниях как половые наросты [3, 8]. Определена зависимость от сексуальной ориентации, выявлен высокий процент ПВИ аногенитальной области среди гомосексуалистов обоих полов с превалированием папилломавируса высокого онкогенного риска [3]. Одной из часто клинически регистрируемых форм ПВИ являются остроконечные кондиломы (ОК). В настоящее время не существует этиотропной терапии, практически отсутствует специфическая терапия. Лечение ОК включает использование цитотоксических препаратов (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил), физическую или химическую деструкцию, назначение иммуностимулирующих препаратов, таких как интерфероны и их индукторы, вакцины, экзогенные иммуномодуляторы естественного происхождения [6, 7]. Однако ни при одном из используемых методов терапии ПВИ не происходит полного разрушения кондилом и элиминации вируса из организма. Поэтому предпочтение отдается комби-

нированному воздействию, сочетающему фармако-терапию, действующую на патогенетическую основу заболевания, с одним из физических методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ 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 реакция — ПЦР). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от проведенной терапии. В первой группе (12 мужчин) проведена диатермоэлектрокоагуляция; во второй группе (12 мужчин) — комбинированная терапия: диатермоэлектрокоагуляция + иммуномодулирующая терапия (суппозитории Виферон (№10) 1 млн МЕ 1 раз в день per rectum); в третьей группе (10 мужчин) — диатермоэлектрокоагуляция и иммуномодулирующая терапия (суппозитории Виферон (№10) 1 млн МЕ x 1 раз в день per rectum + гель Виферон 2 раза в день в течение 20 дней на область диатермоэлектрокоагуляции).

РЕЗУЛЬТАТЫ

ОК — самое частое проявление ПВИ у мужчин. Представляют собой образования тестоватой консистенции, имеющие дольчатое строение, по форме напоминающие петушинный гребень или цветную капусту, которые расположены на узком основании («ножке») (рис. 1).

У обследованных мужчин наиболее частая локализация ОК (35% случаев) — крайняя плоть головки полового члена, головки полового члена — 29% случаев, реже — 20% случаев — венечная борозда, а в единичных случаях — наружное отверстие уретры (рис. 2).

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

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

КОМПЛЕКСНЫЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ

- Лечение широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций
- Профилактика осложненного течения заболеваний
- Разрешен к применению с 14 недели беременности
- Применяется у новорожденных, в том числе недоношенных детей

виферон | (499) 193-30-60 | viferon.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Рисунок 1. ОК, локализирующиеся на коже ствола полового члена



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

Кроме того, отмечена ассоциативность ПВИ с другими урогенитальными инфекциями: герпес, хламидиоз, ЦМВ, что затрудняло лечение вируса, т.к. микст-инфекция снижает общий и местный иммунитет, тем самым позитивно воздействуя на экспрессию вируса в эпителии мочеиспускательного канала мужчин (рис. 3). Инфицированность репродуктивных органов и мочевых путей ПВИ в сочетании с ЗППП требует назначения дополнительно в план лечения антибактериальных средств.

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

Так как вирус папилломы человека сохраняется в эпителиальных клетках (т.е. полного излечения от ВПЧ достигнуть невозможно в ряде случаев), использование деструктивных методов не гарантирует избавления от рецидивов. Перспективным

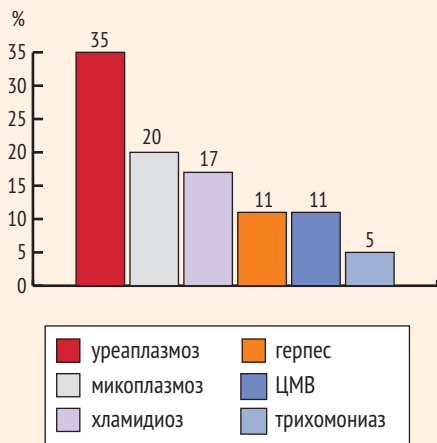
является в этом плане применение интерферонов как в качестве монотерапии, так и в комплексе с другими методами лечения. Интерфероны являются эндогенными цитокинами, обладающими противовирусным, противомикробным, антипролиферативным, иммуномодулирующим свойствами, осуществляемыми во взаимодействии с другими цитокинами [3]. Поэтому в комплексной терапии ОК использовали сочетания деструктивного метода с иммуномодулирующими препаратами. При динамическом наблюдении в течение 3, 6 месяцев рецидив ОК в первой группе отмечен у 20% пациентов, во второй группе — у 8,8%, а в третьей группе рецидивов не выявлено (рис. 4).

Комплексное лечение больных ПВИ ускоряло элиминацию ПВИ из покровных тканей гениталий, что проявлялось отсутствием рецидива ОК. Деструкция кондилом у пациентов вызывала болевые ощущения и усиливала локальную воспалительную реакцию (эритема, мокнутие). Препараты ИФН оказывали терапевтическое действие на эту симптоматику. Преимуществами данных препаратов было раннее появление противовоспалительного эффекта, сокращение продолжительности заживления после деструкции кондилом (в сред-

Рисунок 2. Локализация ОК



Рисунок 3. Сочетание ПВИ с урогенитальными инфекциями

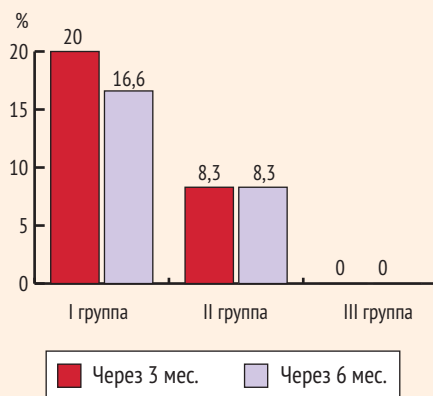


нем в 2 и 2,5 раза после назначения суппозитория Виферон и комбинации суппозитория Виферон + гель Виферон по сравнению с показателями у больных, не получавших интерферонотерапию).

ВЫВОДЫ

Таким образом, наиболее частым этиологическим фактором остроконечных кондилом поло-

Рисунок 4. Результаты лечения через 3, 6 месяцев



го члена являются 6, 11, 16 и 18-й 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 кондилом полового члена.



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. Ибишев Х.С., Коган М.И., Темников В.Е. Папилломавирусная инфекция у мужчин. Учебно-методическое пособие. Ростов-на-Дону. 2010. — 52 с.
4. Коган М.И., Сероухов А.Ю. Роль вирусов в развитии урологических заболеваний // II науч.-практ. конф. «Рациональная фармакотерапия в урологии». М., 7–8 февраля. 2008 г. М., 2008. — С. 57–58.
5. 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. М., 28–29 сент. 2005 г. М., 2005. — С. 93–94.
6. Роговская С.И. Вакцины против вируса папилломы человека: новые возможности профилактики цервикального рака // Гинекология. — 2007. — Т.9, №1. — С. 15–20.
7. 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.
8. Alberto Rosenblatt. Human papillomavirus. A Practical Guide for Urologists // Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009.