

© М.Г. Аверьянова, 2010

М.Г. АВЕРЬЯНОВА

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

Медицинский центр ООО «Голдэн Медикал Клуб», Москва

Представлен анализ динамики клинических симптомов папилломавирусной инфекции и жалоб, связанных с деструкцией кондилом. Терапия включала лечение глицирризиновой кислотой и местное деструктивное воздействие физическим методом на зоны аногенитальных бородавок — лазертерапию, осуществляемую с помощью аппарата ЛХК-20-01 «Ланцет-2». Оправдано назначение местной терапии глицирризиновой кислотой до и после оперативного вмешательства.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, кондиломы, лазертерапия, глицирризиновая кислота, противовирусная и иммуномодулирующая активность.

M.G. Averyanova

GLYCYRRHIZINIC ACID TREATMENT FOR POINTED CONDYLOMAS

ООО «Golden Medical Club» Medical Center, Moscow

The paper analyzes the time course of changes in the clinical symptoms of papillomavirus infection and complaints associated with condyloma destruction in patients during therapy with epigen intim spray. The therapy involved the treatment of papillomavirus infection and the local destructive therapy of anogenital warts with a physical technique, such as laser therapy on a LHK-20-01 «Lancet-2» device. Local therapy with epigen intim spray for pre- and postoperative preparation is warranted.

Key words: human papillomavirus, condylomas, laser therapy, antiviral and immunomodulatory activity.

Поражения кожи и слизистых, обусловленные вирусами папилломы человека (ВПЧ), известные человечеству уже более тысячи лет. Как кондиломы они были описаны еще врачами Древней Греции. Однако особую актуальность проблема папилломавирусной инфекции (ПВИ) приобрела в XX веке. Прежде всего это связано с беспрецедентным ее распространением. В целом, в настоящее время инфицированность ВПЧ лиц биологически активного возраста составляет 20–60%. Вирусная природа вульгарных и генитальных бородавок была доказана в начале прошлого века, о половом пути передачи инфекции впервые сообщили в 1954 г.

Инфекция передается преимущественно половым путем, при медицинских манипуляциях, во время беременности, а также при прохождении новорожденного через инфицированные родовые пути матери. В настоящее время не исключен и бытовой путь инфицирования ВПЧ низкоонкогенных типов (при совместном купании или через инфицированную одежду).

В настоящее время описано более 100 различных типов ВПЧ, характеризующихся тканевой и видовой специфичностью. Установлено, что поражение эпителия урогенитального тракта может вызываться ВПЧ 30 типов, среди которых выделяют типы низкого [6, 11, 42, 43, 44], среднего [31, 33, 35, 51, 52, 58] и высокого [16, 18, 36, 45] онкологического риска. Внедрение вируса происходит на уровне незрелых клеток эпителия кожи и слизистых оболочек (базальный слой). Экспрессия вирусом онкопротеинов приводит к снижению способности эпителиальных клеток к апоптозу. В результате на месте внедрения происходит пролиферация клеток эпителия с возникновением разнообразных по форме, величине и структуре экзофитных и эндофитных образований. Нередко инфицирование не сопровождается клиническими проявлениями, хотя вирус при этом легко передается половому партнеру. Активизация ПВИ, как правило, связана с дисбалансом в иммунной системе.

Экзофитная форма ПВИ (кондиломы) — наиболее характерный для ПВИ признак. Они представляют собой разрастание соединительной ткани с сосудами внутри, покрытые плоским эпителием, выступающие над поверхностью кожи и слизистой оболочки, имеют тонкую ножку или широкое основание. Кондиломы появляются в самых разнообразных вариантах: от мелких бугорков на поверхности кожи/слизистых оболочек до гигантских опухолевидных образований. Поверхность их не изъязв-

ляется и нередко бывает ороговевшей. Основание подвижно, не спаяно с подлежащими тканями. Консистенция может быть мягкой или твердой.

Визуально экзофитные кондиломы можно разделить на 3 разновидности: остроконечные, папиллярные, папуловидные. Чаще на практике их объединяют общим названием «остроконечные», что не всегда соответствует клинической картине.

У18—85% пациенток с экзофитными папилломами наружных половых органов очаги инфекции имеются и во влагалище, и на шейке матки в субклинической форме или в сочетании с цервикальной интраэпителиальной неоплазией.

Актуальность проблемы ПВИ

- Уровень инфицированности ВПЧ превосходит зараженность гонококками, хламидиями или дрожжевой инфекцией.
- 10—15% сексуально активных людей в возрасте от 18 до 28 лет заражены ВПЧ.
- Передача ВПЧ партнеру происходит в 46—67%.
- За последние 10 лет число женщин с ПВИ увеличилось в 10 раз.
- ПВИ — один из ключевых факторов развития рака шейки матки.

Принципы лечения ПВИ

При ПВИ, как и при других хронических заболеваниях с длительной персистенцией вируса, развиваются иммунодефицитные состояния, обусловленные недостаточностью различных звеньев иммунной системы, поэтому для повышения эффективности лечения в схемы терапии необходимо включать, кроме противовирусных (системно и местно), и иммунокорректирующие препараты, а также патогенетические средства (системная энзимотерапия, антиоксиданты, про- и пребиотики), которые облегчают состояние пациента и способствуют более действенному применению лекарств. При сочетании ПВИ с другими возбудителями проводится комплексное лечение с использованием этиотропных препаратов в отношении конкретных возбудителей в стандартных дозировках.

Лечение ПВИ остается довольно трудной задачей, несмотря на значительный арсенал средств и методов терапии. Поскольку полного излечения к настоящему времени достичь невозможно, считают, что целью проводимых лечебных манипуляций должна быть не элиминация возбудителя, а перевод инфекции в стадию устойчивой ремиссии (клинического выздоровления).

В связи с этим ведение пациентов с ПВИ включает следующие этапы:

1. Разрушение папилломатозного очага.
2. Стимуляция противовирусного иммунитета.
3. Сочетание этих подходов, устранение факторов, способствующих рецидивам болезни.

Важно помнить, что методы лечения, направленные на удаление поверхностного слоя эпидермиса

без санации клеток базального слоя, неэффективны и сопровождаются рецидивом заболевания. Возможность реактивизации инфекции диктует необходимость применения комбинированных методов лечения: деструкции видимых проявлений и использование (системно и местно) препаратов с противовирусной и иммуномодулирующей активностью. В целом тактику лечения определяют:

- исходное состояние иммунитета и наличие сопутствующей соматической патологии;
- характер урогенитальной инфекции;
- локализация патологического процесса;
- характер патологического процесса шейки матки (наличие и степень тяжести дисплазии или ее отсутствие);
- предшествующая противовирусная терапия.

Несмотря на хорошее знание закономерностей репликации вируса в инфицированной клетке, в настоящее время не существует достаточно эффективных противовирусных препаратов, обеспечивающих стойкое выздоровление, а главное, стабильную ремиссию. Все виды локального лечения ПВИ направлены на удаление кондилом и инфицированного эпителия слизистых и кожных покровов гениталий. В основном для этих целей применяются различные виды химических соединений и высоко- или низкотемпературные физические воздействия, вызывающие коагуляцию белка.

Лечение глициризиновой кислотой (препарат эпиген интим) можно рассматривать как способ избирательного «точечного» и патогенетического лечения, подавляющего репликацию ВПЧ в клетке и предупреждающего развитие диспластических изменений шейки матки.

Противовирусная лекарственная терапия глициризиновой кислотой, проводимая как самостоятельное лечение, наиболее эффективна на раннем этапе развития ПВИ при отсутствии диспластических изменений эпителия шейки матки. Вместе с тем присоединение ее к хирургическому лечению достоверно снижает частоту рецидивов ПВИ по данным полимеразной цепной реакции к 6-му месяцу наблюдений после завершения комбинированного лечения.

Материал и методы исследования

В исследование включено 90 пациенток в возрасте от 18 до 58 лет с остроконечными кондиломами гениталий, обусловленными ВПЧ, с различной степенью распространенности. Длительность заболевания колебалась от 1 до 3 мес. Все пациентки обратились в медицинский центр на обследование и лечение в течение 5 мес. Для установки диагноза использовали кольпоскопию, вульвоскопию, цитологическое исследование и типирование ВПЧ.

Патология проявлялась в виде остроконечных кондилом, которые были представлены как множественными, так и единичными очагами поражения (рис. 1 а-ж см. на вклейке):

- в области половых губ — 20 (22,2%) человек (а); вульвы и уретры — 25 (27,7%) пациенток (б);
- шейки матки — 10 (11,2%) человек (в);
- шейки матки и своды влагалища — 5 (5,5%) женщин (г);
- в области половых губ, вульвы и свода влагалища — 20 (22,2%) больных (д);
- в области половых губ и на коже аногенитальной области — 10 (11,2%) человек (е, ж).

Для местной деструктивной терапии мы использовали физический метод лечения аногенитальных бородавок — лазертерапию, которую осуществляли с помощью аппарата ЛХК-20-01 «Ланцет-2». Следует отметить, что лазер меньше повреждает окружающие ткани и дает более выраженный гемостатический эффект.

С целью уменьшения выраженности воспалительной и аллергической реакции вульвы и влагалища, быстрого купирования симптомов дискомфорта и оказания регенерирующего действия на слизистые применяли глициризиновую кислоту (эпиген интим) до деструкции кондилом 3 дозы 3 раза в день и после 2—3 дозы 5 раз в день до полного заживления (10 сут).

В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на 2 группы. Все пациентки до деструкции использовали глициризиновую кислоту (эпиген интим) 10 дней (при локализации процесса на шейке и сводах влагалища его применяли интравагинально с помощью специальной насадки). В 1-ю группу вошло 55 женщин с ПВИ вульвы и уретры, области половых губ и на коже аногенитальной области, которым с 1-х по 10-е сутки после лазерной деструкции с целью улучшения репаративных процессов и противовирусного воздействия продолжили использовать препарат путем распыления на зоны поражения. Во 2-ю группу включили 35 пациенток, которым после лазерной вапоризации назначали обработку зон деструкции 10 дней 5% раствором калия перманганата.

Анализ динамики клинических симптомов инфекции и жалоб, связанных с деструкцией кондилом, у пациенток, использующих глициризиновую кислоту, свидетельствует о высокой эффективности препарата. На фоне терапии у пациенток с экзофитными формами ПВИ отмечено купирование симптомов дискомфорта, зуда и жжения на 4—7-й день от начала применения препарата. При наличии множественных кондилом вульвы и влагалища произошло уменьшение экзофитных образований. После лазердеструкции отмечалось ускорение процессов эпителизации зон обработки, уменьшение выраженности боли, отека ткани и гиперемии.

Субъективная оценка физического состояния в процессе лечения показала, что у женщин 2-й группы отмечалось существенное снижение работоспособности по сравнению с таковой у пациенток 1-й группы, что было связано с купированием у последних болевого синдрома.

При использовании глициризиновой кислоты отмечены ускорение процессов регенерации на 3—5-й день и полная эпителизация на 14-й день, а также отсутствие осложнений после деструкции кондилом (воспаление, кровоточивость, отек после лазерного дефекта). Отмечены хорошая переносимость препарата независимо от распространенности заболевания и удобство в использовании.

Очевидно, хороший эффект лечения в 1-й группе был обусловлен локальным действием глициризиновой кислоты (эпиген интим) до и после местного лечения, за счет повышения уровня противовоспалительных цитокинов и матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов.

Таким образом, у пациенток с ПВИ половых органов целесообразно проведение комплексной терапии, включающей использование на фоне местной деструктивной терапии кондилом.

Поступила 27.05.10