

Способ лечения остроконечных кондилом у мужчин

В.В. Николов¹; М.Т. Ковальчук¹, к.мед.н., доцент, заведующий курсом дерматовенерологии;
С.С. Марина², к.мед.н., доцент; Е.В. Покрышко³, к.мед.н., доцент; А.О. Покрышко⁴

¹Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и курсом дерматовенерологии Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского

²Кафедра дерматовенерологии Софийского медицинского университета (Болгария)

³Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского

⁴Харьковский национальный медицинский университет

Остроконечные кондиломы – широко распространенное заболевание кожи вирусного генеза с выраженной тропностью к слизистым гениталий, которое поражает лиц преимущественно молодого возраста. Заболевание передается половым путем и клинически проявляет склонность к частому рецидивированию. Предложена оригинальная авторская схема лечения остроконечных кондилом у мужчин, применение которой снижает риск рецидивов заболевания.

Ключевые слова: остроконечные кондиломы, подофиллотоксин, ацикловир.

Остроконечные кондиломы, или так называемые аногенитальные бородавки (condylomata acuminata) – широко распространенное заболевание кожи вирусного генеза с выраженной тропностью к слизистым генитальной и перианальной топографических зон [1, 3]. Заболевание поражает мужчин и женщин с приблизительно одинаковой частотой. Уже доказано, что вирус папилломы человека, который является возбудителем болезни, вызывает также карциному шейки матки [1, 3, 6, 8, 9, 14].

Заболевание чаще всего возникает у людей в возрасте от 18 до 25 лет [1, 3, 6, 8, 9, 14]. В клинической картине можно выделить довольно широкий инкубационный период – от 1 до 9 мес, но обычно он составляет около 3–4 мес [1, 3]. Половой путь передачи вируса является основным и, согласно данным эпидемиологических исследований, определяется у всех пациентов. Остроконечные кондиломы часто сочетаются с другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) (хламидиоз, трихомоноз, гонорея, сифилис, уреаплазмоз, гарднереллез, ВИЧ-инфекция) [1, 3, 6, 8, 9, 14].

Как правило, аногенитальные бородавки являются доброкачественными образованиями, но в некоторых случаях возможна их трансформация в карциному. Именно поэтому обязательным является

лечение и наблюдение у врача-венеролога, а самолечение крайне нежелательно [1, 3, 14].

У мужчин основной является генитальная локализация разрастаний. В рамках этой топографической зоны у необрезанных мужчин остроконечные кондиломы чаще всего располагаются на венечной борозде (sulcus coronarius glandis penis), билатерально по отношению к уздечке (frenulum preputii penis), на головке (glans penis) и в области наружного отверстия мочеиспускательного канала (ostium urethrae externum), а у обрезанных – на теле полового члена (corpus penis), иногда встречаются и на мошонке (scrotum). При экстрагенитальной локализации патологические разрастания почти всегда расположены перианально (regio perianalis) либо в области промежности (perineum) [3].

Макроскопически остроконечные кондиломы представлены разрастаниями неправильной формы, которые возвышаются над окружающей поверхностью наружного покрова, расположены на тонкой ножке и по форме очень напоминают цветную капусту либо петушиный гребень [1]. Чаще всего патологические образования множественные и имеют склонность к слиянию, формируя бляшки, телесного или бледно-розового цвета (фото 1).



Фото 1. Множественные остроконечные кондиломы в области венечной борозды и внутренней поверхности крайней плоти полового члена

Как правило, пациент не предъявляет субъективных жалоб, однако при мацерации или травматизации аногенитальных бородавок возможны зуд, жжение или дискомфорт [1, 3, 8, 9].

При патогистологическом исследовании биоптата остроконечных кондилом обнаруживается резко выраженный акантоз эпителия, гипергранулез, гиперкератоз и удлиненная выпуклая сеть хребтов – папилломатоз (рис. 1), а также множество кератиноцитов с гиперхромными ядрами и включениями из кератогиалиновых гранул (рис. 2) [6, 13].

Диагностика аногенитальных бородавок основывается на клинических проявлениях, характерной топографии и макроскопической картине образований [1, 3, 6, 8, 9, 14]. С целью уточнения диагноза можно провести пробу с уксусной кислотой – после обработки участков поражения 5% раствором патологические разрастания на несколько минут приобретают серовато-белую окраску [3]. Каждого пациента с остроконечными кондиломами обязательно необходимо обследовать на наличие других ИППП [1, 3, 8, 9].

Дифференциальная диагностика остроконечных кондилом проводится в первую очередь с папулезным ожерельем пениса, а также сифилитическими (широкими) кондиломами [1, 3, 6, 8, 9, 14].

Папулезное ожерелье полового члена (*papillae in regione coronae glandis penis*) – небольшие конусообразные папулы цвета окружающей слизистой. Они являются физиологическим вариантом нормы, всего лишь косметическим недостатком и никогда не передаются половым путем. Папулы располагаются только на венечной борозде либо билатерально по отношению к уздечке (фото 2). Папулезное ожерелье пениса не сопровождается никакими субъективными жалобами [1, 3].

Сифилитические, или широкие кондиломы (*condylomata lata*) – классические проявления вторичного сифилиса (*syphilis secundaria*). Они располагаются на половых органах, перианально, в промежности, в области больших складок. Макроскопически представляют собой крупные

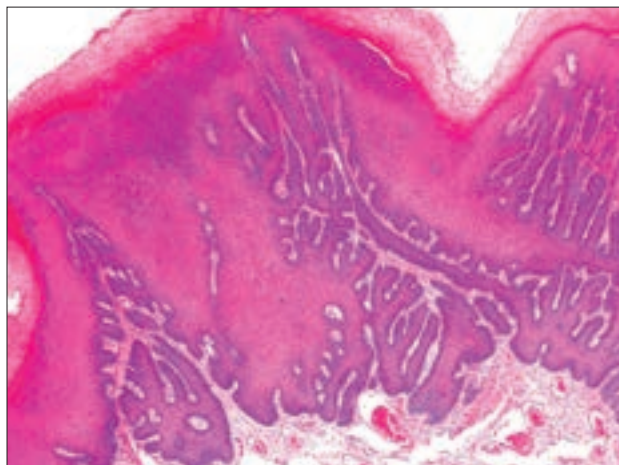


Рис. 1. Патогистологический микропрепарат остроконечных кондилом – акантоз, гипергранулез, гиперкератоз и удлиненная выпуклая сеть хребтов (Cardoso J.C., Calonje E., 2011)

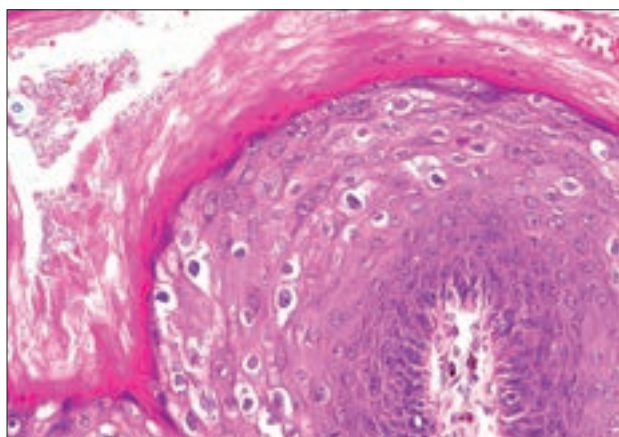


Рис. 2. Патогистологический микропрепарат остроконечных кондилом – кератиноциты с гиперхромными ядрами и слипаниями из кератогиалиновых гранул (Cardoso J.C., Calonje E., 2011)

папулы с мацерированной, мокнущей поверхностью, которые возвышаются над уровнем кожи, сливаются, всегда лежат на широком основании; обычно имеют неприятный запах [1, 3] (фото 3).

Терапевтическое воздействие при остроконечных кондиломах заключается в их иссечении (электродеструкция, криодеструкция, хирургическая эксцизия) либо в применении растворов с мумифицирующим и деструктивным эффектом (солкодерм, кондилилин) [2, 4-7, 10, 12]. Существует оригинальная терапевтическая схема с применением изотретиноина и α -интерферона [11]. Рекомендуется обязательное обследование и лечение полового партнера [1, 3, 8, 9]. Однако следует отметить, что при всех схемах и рекомендуемых способах лечения довольно часто случаются рецидивы (по литературным данным 30-50%) [3].

В этой статье представлен собственный опыт лечения остроконечных кондилом.

В течение 5 лет (2009-2013 гг.) в амбулаторном порядке по поводу аногенитальных бородавок



Фото 2. Папулезное ожерелье в области венца головки полового члена (corona glandis penis)



Фото 3. Вторичный сифилис – широкие кондиломы в области внутреннего листа крайней плоти полового члена

был обследован 201 мужчина. Возрастной диапазон пациентов варьировал от 17 лет до 31 года: 17-18 лет – 27 мужчин (13,4%), 19-24 года – 135 (67,2%), 25-31 год – 39 (19,4%).

У наблюдаемых нами пациентов определялась топография повреждений, признанная классической – наружные половые органы, перианальная область и промежность. Генитальное расположение остроконечных кондилом у наших пациентов указывает, что чаще всего патологический очаг располагается в области венечной борозды или билатерально по отношению к уздечке (таблица).

Таблица. Топография остроконечных кондилом у обследованных пациентов

Локализация кондилом	Кол-во пациентов (%)
Наружные гениталии:	159 (79,1)
• венечная борозда	118 (74,2)
• парафренольно	21 (13,2)
• мошонка	12 (7,5)
• меатус уретры	8 (5,1)
Перианальная зона	35 (17,4)
Промежность	7 (3,5)

Полученные нами данные подтверждают мнение разных авторов о том, что аногенитальные бородавки обычно находятся в тесной взаимосвязи с другими ИППП. В ходе обследования были выявлены: хламидиоз у 124 (61,7%), трихомоноз – у 15 (7,5%), гонорея – у 9 (4,5%) больных. У 53 (26,3%) пациентов фоновые заболевания не обнаружены.

Одной из задач исследования стала оптимизация лечения остроконечных кондилом для снижения частоты рецидивов. В соответствии с поставленной целью была разработана новая, эффективная терапевтическая схема, на которую получен патент Украины [2].

В соответствии с патентом, пациентам после получения их письменного информированного согласия предлагали следующую схему лечения. Локальное применение медикамента с тканеводеструктивным эффектом – 0,5% раствора подофиллотоксина в виде точечных прижиганий продолжительностью 5 с на каждую кондилому два раза в день (утром и вечером) в течение 3 дней подряд с последующим перерывом в течение 4 сут. На протяжении всего курса лечения (4-5 нед) между прижиганиями подофиллотоксином и в дни, когда он не применяется, пациент 4 раза в день наносит на область поражения крем, содержащий 5% ацикловира. Кроме того, рекомендуется прием ацикловира по 400 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10 дней.

В результате лечения по указанной схеме нами не было отмечено ни одного случая рецидива даже при отдаленных наблюдениях в течение 4-5 лет. Единственное наблюдавшееся осложнение локального характера – сухость слизистой, которая устранялась путем наружной аппликации 75% масла пантенола один раз в сутки.

Таким образом, предложенный нами способ лечения остроконечных кондилом является абсолютно эффективным и предупреждает развитие рецидивов болезни, поэтому считаем, что он сможет найти достойное место в венерологической практике.

Список использованной литературы

1. Мавров І.І. Статеві хвороби. – Тернопіль: ТДМУ, Укрмедкнига, 2005. – С. 473-476.
2. Патент України № 66125. Спосіб лікування хворих на гострокінцеві кондиломи / Заявник і винахідник В.В. Ніколов. – № u201106737 – Публікація: 26.12.2011 р. – Бюлетень № 24.2.
3. Рэдклиф К. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. – М.: Мед. лит., 2006. – 272 с.
4. Ahmed S.A., Shehu M.S., Abubakar M. et al. Anogenital warts in Northern Nigeria: a ten-year review // Nigerian Med.J. – 2013. – Vol. 54. – P. 313-315.
5. Camargo C.L. A., Belda W., Fagundes L.J. et al. A prospective, open, comparative study of 5% potassium hydroxide solution versus cryotherapy in the treatment of genital warts in men // An. Bras. Dermatol. – 2014. – Vol. 89. – P. 236-241.

6. Cardoso J.C., Calonje E. Cutaneous manifestations of human papillomaviruses // Acta Dermatoven. APA. – 2011. – Vol 20. – № 3. – P. 145-154.

7. Freire M.P., Pires D., Forjaz R. et al. Genital prevalence of HPV types and co-infection in men // Int. Braz. J. Urol. – 2014. – Vol. 40. – P. 67-71.

8. Gross G., Tyring S.K. Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases. – New York: Springer, 2011. – 925 p. – P. 489-510.

9. Holmes K.K., Sparling P.F., Stamm W.E. et al. Sexually Transmitted Diseases. – New York: McGrawHill, Inc, 2008. – 2166 p. – P. 489-508.

10. Park S.J., Seo J., Ha S.-H. et al. Prevalence and Determinants of High-Risk Human Papillomavirus Infection in Male Genital Warts // Korean J. Urol. – 2014. – Vol. 55. – P. 207-212.

11. Pasmatzis E., Kapranos N., Monastirli A. et al. Large Benign Condyloma Acuminatum: Successful Treatment with Isotretinoin and Interferon Alpha // Acta Derm. Venereol. – 2012. – Vol. 92. – P. 249-250.11.

12. Stanley M.A. Genital human papillomavirus infections: current and prospective therapies // J. of General. Virology. – 2012. – Vol. 93. – P. 681-691.

13. Veasey J.V., Framil V.M. S., Nadal S.R. et al. Genital warts: comparing clinical findings to dermatoscopic aspects, in vivo reflectance confocal features and histopathologic exam // An. Bras. Dermatol. – 2014. – Vol. 89. – P. 137-40.

14. Yanofsky V.R., Patel R.V., Goldenberg G. Genital Warts: a comprehensive review // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2012. – Vol. 5. – P. 25-36.

Спосіб лікування гострокінцевих кондилом у чоловіків

В.В. Ніколов, М.Т. Ковальчук, С.С. Маріна, О.В. Покришко, А.О. Покришко

Гострокінцеві кондиломи – широко розповсюджене захворювання шкіри вірусного генезу з вираженою тропністю до слизових геніталій. Хворіють на нього особи переважно молодого віку. Захворювання поширюється статевим шляхом і клінічно виявляє схильність до частого рецидивування. Запропоновано оригінальну авторську схему лікування гострокінцевих кондилом у чоловіків, застосування якої знижує ризик рецидивів хвороби.

Ключові слова: гострокінцеві кондиломи, подофілотоксин, ацикловір.

A method for treatment genital warts in men

V. V. Nikolov, M. T. Kovalchuk, S. S. Marina, E. V. Pokryshko, A. O. Pokryshko

Genital warts – widespread classic dermatovirosis with a pronounced affinity for the mucous of the genitals. Sick people are mostly young. The disease is transmitted sexually and clinically manifests a tendency to frequent recurrence. The original author's scheme of treatment of genital warts in men, the application of which reduces the risk of relapse, is proposed.

Keywords: genital warts, podophyllotoxinum, aciclovir.

ДАЙДЖЕСТ

Вірус папілломи людини і вірус Епштейна – Барр унеможливають «договориватися»

Учені відкрили, що вірус папілломи людини (ВПЧ) і вірус Епштейна – Барр (ВЭБ) сприяють виживанню один одного, повідомляє журнал The Prostate. Австралійські вчені з університету Нового Південного Уэльса в Сіднеї дослідили 100 зразків доброкачественних і злокачественних опухоль простати. ВЭБ і ВПЧ визначалися шляхом ПЦР зразків опухолі. Крім того, вчені відкрили в деяких зразках ураженої простати характерні клітини – койлоцити, які є морфологічним маркером раку шийки матки.

В цілому в 70% ракових опухоль, а також в 24% зразків, взятих з доброкачественних опухоль, були виявлені обидва віруси: і ВПЧ, і ВЭБ. Крім того, ВПЧ виявився штамом 18-го типу. Він належить до групи ВПЧ високого онкогенного ризику. Даний штам ВПЧ пов'язаний з іншими видами ракових опухоль людини.

За словами вчених, висока ймовірність того, що віруси підтримують один одного, сприяють взаємному виживанню і поширенню ракових клітин в уражених тканинах. Раніше вчені відкрили ВПЧ в 40% злокачественних опухоль молочної залози. А ВЭБ, крім раку простати, нерідко є причиною злокачественних опухоль голови і шиї. Як і ВПЧ, він поширюється при тісному контакт, за що отримав назву «хвороба поцілувань».

«Само по собі наявність обох вірусів в зразках раку простати ще не є остаточним доказом ролі ВПЧ в розвитку злокачественної опухолі. Однак, враховуючи те, що це не перший випадок виявлення ВПЧ і ВЭБ в опухоль інших видів раку, малоймовірно, що вони безбідні», – коментує керівник дослідження Ноель Уїтaker (Noel Whitaker). – А якщо ВПЧ-18 пов'язаний з раком простати, то вакцинація хлопчиків від ВПЧ може стати дуже актуальною».

По матеріалам: <http://medpro.ru/news>