

2. Маржатка, З. Терминалогия, определение терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта / З. Маржатка // Эндоскопия пищеварительного тракта: Номенклатура ОМЕД. — 3-е изд., перераб. и доп. — Нормед Верлаг, 1996. — 141 с.

3. Солдатский, Ю. Л. Возрастные и этиологические аспекты приобретенного гортанно-трахеального рубцового стеноза у детей / Ю. Л. Солдатский, Е. К. Онуфриева // Вестн. оторинолар. — 2002. — № 2. — С. 24–27.

4. Фаринголарингеальный рефлюкс и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с хроническими заболеваниями гортани / Т. Г. Завикторин [и др.] // РЖГТК. — 2008. — Т. 18, № 3. — С. 34–40.

5. Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: further studies / N. Johnston [et al.] // Ann Otol. Rhinol. Laryngol. — 2003. — Vol. 112, № 6. — P. 481–491.

6. Laryngopharyngeal reflux and laryngeal web formation in patients with pediatric recurrent respiratory papillomas / B. W. Holland [et al.] // Laryngoscope. — 2002. — Vol. 112, № 11. — P. 1926–1929.

7. Gastroesophageal reflux in patients with subglottic stenosis / D. L. Walner [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. — 1998. — Vol. 124, № 5. — P. 551–555.

УДК 616.352-002.6-006.52:615.281.8

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАНАВИРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В. Г. Панкратов

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Приводятся результаты лечения 22 больных аногенитальными бородавками (АГБ). Лечение начинали с внутривенного введения 0,004 %-го раствора панавира по 5 мл (первые 3 инъекции с интервалом 48 часов, затем 2 инъекции с интервалом 72 часа), наружное лечение включало ежедневные 3–4 аппликации геля панавир. У 6 пациентов к концу первого месяца наблюдения отмечен регресс АГБ, у остальных 16 в конце первого месяца наблюдения проведена деструкция АГБ солкодермом. Спустя 6 месяцев рецидив отмечен у 1 пациента (4,5 %). Сделано заключение о хорошей переносимости и высокой клинической эффективности данного метода лечения.

Ключевые слова: панавир, папилломавирусная инфекция, аногенитальные бородавки, остроконечные кондиломы, лечение.

EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF PANAVIR IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS OF ANOGENITAL REGION

V. G. Pankratov

Belarusian State Medical University

In the article the results of the treatment of 22 patients with anogenital warts have been presented. The treatment began with an intravenous injection of 0,004 % solution of panavir per 5 ml. (first 3 injections at the interval of 48 hours, then 2 injections at the interval of 72 hours), exterior treatment included daily 3–4 applications of panavir gel. 6 patients displayed regress of anogenital warts by the end of the first month of the screening period, the other 16 underwent the destruction of anogenital warts with solcoderm in the end of the first month of screening period. 6 months later recurrence was observed only in 1 case (4,5 %). The conclusion was made about good tolerance and high clinical effectiveness of the given treatment method.

Key words: panavir, human papillomavirus, anogenital warts, pointed condylomas, treatment.

Введение

На фоне общей тенденции роста числа больных с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) различных локализаций особое место занимают аногенитальные бородавки (АГБ), или остроконечные кондиломы [1, 2, 3]. Поражение аногенитальной области вызывается вирусами папилломы человека (ВПЧ) типов 6, 11, 16, 18, 31, 33 и 35, при этом почти 90 % аногенитальных бородавок вызываются вирусами 6 и 11 типов [1, 4]. ВПЧ типов 16 и 18 индуцируют развитие карциномы шейки матки, дискутируется их роль в развитии анальной карциномы и болезни Бовена [4, 5, 6].

АГБ, или остроконечные кондиломы представляют собой фиброэпителиальные образования на тонкой ножке или широком основании на коже гениталий и перианальной области, напоминая по внешнему виду цветную капусту или петушиный гребень. В патогенезе АГБ определенную роль играет нарушение механизмов супрессии неуправляемого деления клеток, поэтому иммуноотропные препараты могут вклю-

чаться в комплексное лечение папилломавирусных инфекций [3, 5]. По мнению Н. В. Кунгурова и соавт. (2006), наиболее эффективным направлением лечения ПВИ является комбинированное применение деструктивных методов удаления папиллом в сочетании с противовирусной и иммуномодулирующей терапией [4]. В этом плане представляет противовирусный препарат растительного происхождения «Панавир», выпускаемый в виде ампульного изотонического раствора с концентрацией действующего вещества 0,004% и геля для наружного применения — 0,002 %.

Цель исследования: оценка клинической эффективности применения препарата «Панавир» в виде раствора для внутривенных введений и геля для наружного применения при лечении больных с АГБ (остроконечными кондиломами).

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 22 больных (12 мужчин и 10 женщин) с АГБ в возрасте от 17 до 48 лет. В возрасте 17–19 лет было 4 больных, 20–29 лет — 10, 30–39 лет — 5, 40–48 лет —

3. Число остроконечных кондилом колебалось от 4 до 22. У всех больных до начала лечения исследовались общие анализы крови и мочи, иммунограмма, проводился биохимический анализ крови, у 20 из 22 больных исследована полимеразная цепная реакция для определения ВПЧ высокого онкогенного риска (16 и 18 типы). Критериями исключения для лечения панавиром служили: наличие у больных ВИЧ-инфекции, сифилиса, гонореи, гепатитов, беременности и периода лактации, сахарного диабета, лечение ПВИ в течение последних 30 дней до настоящего исследования.

Препарат «Панавир» (ампулы по 5 мл 0,004 % раствора) в первую неделю лечения вводился внутривенно струйно через день, а затем еще дважды с интервалом в 72 часа во вторую неделю лечения. В течение этих 2 недель пациенты смазывали АГБ 3–4 раза в день гелем панавир.

Больные исследовались в конце второй недели лечения, через 1, 3 и 6 месяцев после окончания лечения панавиром. Лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, иммунограмма) были повторены у всех больных через 1 и 3 месяца после окончания лечения панавиром. Деструкция остроконечных кондилом была проведена у 16 больных в конце первого месяца лечения с использованием раствора солкодерма (у 7 больных однократно, у 9 — дважды с интервалом в 7–9 дней).

Критериями оценки эффективности лечения служили: динамика количества и размеров кондилом до и после лечения панавиром, сроки исчезновения кондилом, частота рецидивирования, влияние препарата на общеклинические параметры (анализы крови, мочи через 1 и 3 месяца после окончания лечения).

Результаты и обсуждение

Основной клинической диагностики АГБ было обнаружение типичных высыпаний остроконечных кондилом на головке полового члена, крайней плоти с наибольшей концентрацией элементов сыпи в области венечной борозды у мужчин и на коже больших и малых половых губ, в области задней спайки, преддверия влагалища и перианальной области у женщин. Клинические проявления характеризовались вегетациями розового или телесного цвета, размерами от 2 до 11 мм в диаметре. ВПЧ 16 и 18 типов выявлены методом ПЦР у 3 из 20 обследованных больных. Среди 22 наблюдавшихся больных АГБ появились в сроки от 3 месяцев до 1 года — у 14, существуют более 1 года — у 8 пациентов. 8 пациентов уже лечились по этому поводу: деструкция остроконечных кондилом у 5 из них проводилась методом криотерапии, у 3 — лазеротерапии. Но спустя 2–5 месяцев у каждого из них зарегистрирован рецидив болезни.

Сопутствующая патология выявлена у 9 пациентов: мочеполовой уреаплазмоз — у 4, мочепо-

ловой хламидиоз — у 2, трихомониаз — у 2, хронический тонзиллит и гастроудоденит — у 1.

Внутривенные инъекции панавира 21 из 22 пациентов перенесли хорошо, а 1 пациентка после второй инъекции отмечала легкую слабость и головокружение, в дальнейшем пациентка жалоб не предъявляла.

После проведенного лечения панавиром у 6 больных (27,3 %) отмечен регресс большинства АГБ к концу первого месяца наблюдения, а к концу второго месяца высыпания кондилом полностью исчезли, но через месяц у 1 пациентки начали появляться новые остроконечные кондиломы в перианальной области, и они были разрушены солкодермом. У остальных 16 пациентов существенного уменьшения числа и размеров остроконечных кондилом в течение первого месяца в процессе и после лечения не отмечено, поэтому всем этим больным было проведено лечение местной аппликацией солкодерма (7 больным однократно, 9 — дважды с интервалом в 7–9 дней). Эпителизация дефектов на месте бывших кондилом происходила в течение 6–13 дней (в зависимости от размера дефекта). Спустя 6 месяцев после окончания лечения отмечено появление 2 новых остроконечных кондилом на коже крайней плоти у 1 больного 34 лет (4,5 %), у которого до лечения было 12 кондилом. Скорее всего речь идет не о рецидиве, а о новом заражении, так как за последние 5 месяцев с его слов он поддерживал регулярные половые контакты с 3 новыми женщинами.

Отклонения от нормы в иммунограмме до лечения были выявлены у 3 пациентов. Эти отклонения были скорректированы в течение 1–3 месяцев после окончания лечения, что подтверждает ранее установленный факт иммуномодулирующего эффекта панавира [3, 4]. В общих анализах крови и мочи не обнаружены существенные отклонения от нормы как до, так и после лечения панавиром. В биохимическом анализе крови у 3 пациентов до лечения были выявлены отклонения: повышенный уровень АЛТ — у 1, повышенное содержание холестерина — у 1, положительный С-реактивный белок — у 1. Спустя 3 месяца лишь у пациентки с положительным С-реактивным белком показатель не изменился и она направлена на обследование к ревматологу (длительно страдает хроническим тонзилитом). Спустя 6 месяцев повторное обследование методом ПЦР подтвердило наличие ВПЧ высокого онкогенного риска у 1 из 3 пациенток, ей рекомендовано диспансерное наблюдение у гинеколога по месту жительства. Аллергических реакций во время лечения панавиром не отмечено ни у одного больного, что согласуется с данными других авторов [3, 4].

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о высокой клинической эффективности панавира в лечении больных с аногенитальной локализацией папилломавирус-

ной инфекции. Количество рецидивов составляет лишь 9 %. Заслуживает особого внимания тот факт, что у 2 из 3 пациенток внутривенное введение панавира привело к прекращению вирусывыделения ВПЧ 16, 18 типов.

Выводы

1. Внутривенное введение 0,004 %-го раствора панавира (5 инъекций по 5 мл) является эффективным и безопасным способом лечения аногенитальных бородавок. Более эффективным является сочетанное применение панавира и местной деструкции АГБ солкодером.

2. Панавир обладает модулирующим эффектом и способствует нормализации показателей клеточного иммунитета и естественной резистентности.

3. Комплексное лечение АГБ с включением панавира уменьшает количество рецидивов (до

4,5 %), способствует прекращению вирусывыделения ВПЧ высокого онкогенного риска.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лечение и профилактика проявлений папилломавирусной инфекции уrogenитального тракта / В. А. Аковбян [и др.] // ЗППИ. — 1996. — № 1. — С. 73–75.
2. Аполихина, И. А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин / И. А. Аполихина. — М., 2002. — 109 с.
3. Герасимчук, Е. В. Опыт применения панавира при герпесвирусной и папилломавирусной инфекции // Клини. дерматол. венерол. — 2006. — № 4. — С. 77–80.
4. Клиническая эффективность панавира в терапии папилломавирусной инфекции / Н. В. Кунгуров [и др.] // Мед. новости. — 2006. — № 11. — С. 81–84.
5. Папилломавирусная инфекция: пособие для врачей / В. А. Молочков [и др.]. — М., 2004. — 43 с.
6. Bernard, C. New approaches to the understanding of the pathogenesis of human papilloma induced anogenital lesions. The role of co-factors and coinfection / C. Bernard, C. Mougin, M. Lab // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. — 1994. — Vol. 3, № 3. — P. 237–250.

УДК 616.5-006.52+616-002.181]-07

ОПЫТ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОРОДАВОК И ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

О. В. Панкратов¹, В. Г. Панкратов¹, Г. Г. Яхницкий², Э. А. Дробышевская³

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

³Городской клинический кожно-венерологический диспансер, г. Минск

Изучена клиническая эффективность и безопасность применения препарата «Солкодерм» в лечении 108 пациентов с бородавками (65 — вульгарными и 33 — подошвенными) и 63 больных с остроконечными кондиломами половых органов и аногенитальной области.

У 62,0 % пациентов бородавки исчезли после однократной аппликации солкодерма, у 21,3 % — после двукратной и у 11,1 % — после трехкратной. Всего выздоровление наступило у 102 из 108 больных, т. е. у 94,4 %. Клиническое выздоровление наступило у всех наблюдавшихся пациентов с остроконечными кондиломами: после однократной аппликации олкодерма — у 68,3 %, двукратной — у 23,8 % и трехкратной — у 7,9 % больных.

Ключевые слова: бородавки, кондиломы остроконечные, лечение местное, солкодерм.

EXPERIENCE OF THE LOCAL TREATMENT OF WARTS AND POINTED CANDYLOMAS

O. V. Pankratov¹, V. G. Pankratov¹, G. G. Yahnichky², E. A. Drobyshevskaya³

¹Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,

²Belarusian State Medical University,

³City Clinical Dermatovenereological Dispensary

The clinical effectiveness and safety of the application of medicine Solcoderm has been studied during the treatment of 108 patients with warts (65 with viral warts and 33 with plantar ones) and 63 patients with pointed genital and anogenital condylomas.

Of these, 62,0 % of the patients lost warts after a single application of Solcoderm, 21,3 % — after a second application and 11,1 % — after a third one. In total, 102 of the 108 patients became convalescent, i.e. 94,4 %. All the screened patients with pointed condylomas became clinically convalescent: after a single application of Solcoderm — in 68,3 % of cases, after a second application — in 23,8 % and a third one — in 7,9 % of the patients.

Key words: warts, pointed condylomas, local treatment, Solcoderm.

Введение

В дерматологической практике самой частой патологией, вызванной вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются бородавки (Б) и остроконечные кондиломы (ОК). Причиной Б являются 1, 2, 3, 4 и 10 типы ВПЧ. В аногенитальной области чаще обнаруживают ВПЧ следующих типов: 6, 11, 16, 18, 31, 33 и 35 [1, 2]. Наиболее распространена классификация на основе внешнего вида и локализации Б:

1. *Вульгарные бородавки (verruca vulgaris)* составляют до 70 % от их общего количества [4]. Типичная локализация — кисти, хотя могут появляться на любых частях тела [3]. Б могут встречаться и под ногтями пальцев, вызывая при этом нарушение их структуры.

2. *Подошвенные (плантарные) бородавки (verruca plantaris)* поражают до 5 % популяции [5]. Чаще встречаются на пятках и плюсневой области, подвергаются постоянному давлению, раздражению и