**Кондиломы гениталий, обусловленные папилломавирусной инфекцией**

Кондиломы половых органов, вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются одним из самых распространенных в мире заболеваний, передающихся половым путем. Проблема их диагностики и лечения привлекает внимание исследователей различных специальностей многих стран ввиду высокой контагиозности и отмеченной тенденции к росту частоты данного заболевания, а также способности ВПЧ инициировать злокачественные процессы нижних отделов половых путей женщины. Доказано, что при раке шейки матки более чем в 90% случаев выявляют наиболее онкогенные типы ВПЧ (типы 16 и 18).

Имеются даные о том, что число людей, инфицированных ВПЧ, за последнее десятилетие в мире увеличилось более чем в 10 раз. Наиболее типичные проявления папилломавирусной инфекции (ПВИ) - остроконечные кондиломы (ОК) аногенитальной области, частота которых, по данным Минздрава РФ, в 1994 г. составила 20,3 на 100 000 населения, что по сравнению с аналогичными данными 1993 г. увеличилось на 25%. 46 - 67% больных передают ВПЧ сексуальному партнеру, у гомосексуалистов передача инфекции отмечается в 5 - 10 раз чаще, чем у гетеросексуалов.

Попадая в организм женщины, ВПЧ не всегда приводит к развитию заболевания. Это происходит лишь при наличии предрасполагающих факторов, к которым относятся высокая сексуальная активность (раннее начало половой жизни, большое количество партнеров, частые половые контакты); наличие партнеров, имевших контакты с женщиной, болеющей раком шейки матки или аногенитальными кондиломами; другие заболевания, передаваемые половым путем; молодой возраст; курение; алкоголь; беременность; эндометриоз; авитаминоз и др.

Полагают, что развитие вирусной инфекции происходит на фоне изменений в иммунной системе организма, что обусловливает необходимость иммунокоррекции при ВПЧ-инфекции.

**Клинические признаки и диагностика**

Клинические проявления ПВИ гениталий очень вариабельны. Возможность их спонтанной регрессии и рецидивирования затрудняет диагностику. Длительное время они были малопонятны для клиницистов. В настоящее время условно выделяют экзофитные и эндофитные формы кондилом, которые могут сочетаться между собой либо быть единичным проявлением инфекции и, как правило, бывают обусловлены различными серотипами ВПЧ.

Экзофитные формы ПВИ принято называть ОК; они считаются наиболее специфичным проявлением ВПЧ-инфекции и известны с давних пор. Взгляды на их природу подверглись большой эволюции: их появление считали следствием различных факторов (трихомониаз, сифилис, гонорея, кандидоз, прием антибиотиков и сульфаниламидов и др.) либо рассматривали как вариант строения нормальной слизистой оболочки. Даже в настоящее время не все врачи способны своевременно диагностировать эту инфекцию.

ОК представляют собой фиброэпителиальные образования на поверхности кожи и слизистых, с тонкой ножкой, реже - широким основанием в виде одиночного узелка или в форме множественных выростов, напоминающих цветную капусту или петушиные гребни. Их поверхность покрыта многослойным плоским эпителием (МПЭ), нередко с ороговением. В подлежащей соединительной ткани могут возникнуть явления воспаления, расстройства микроциркуляции и отеки, что способствует присоединению вторичной инфекции. Диагностика крупных ОК , как правило, затруднений не вызывает. ОК небольших размеров на вульве, влагалище и шейке матки нередко можно увидеть только с помощью кольпоскопа.

Генитальные кондиломы локализуются в основном в местах возможной мацерации: малые половые губы, влагалище, шейка матки, устье уретры, область ануса, кожные покровы. Инкубационный период колеблется от 1 до 12 мес (в среднем 3 мес).

Исследования последних десятилетий свидетельствуют о том, что 85% пациенток с типичными ОК вульвы и промежности имеют дополнительные очаги ВПЧ-инфекции во влагалище или шейке матки и почти у каждой четвертой из них выявляют ассоциированные с нею заболевания - цервикальные внутриэпителиальные неоплазии (ЦВН) - различной степени тяжести ( G. Grinberg, М. Spitzer и соавт., 1990).

Наиболее уязвимой для ВПЧ является зона трансформации (ЗТ), или место стыка многослойного и цилиндрического эпителия на шейке матки.

Проявления ПВИ могут быть представлены также гистологическими разновидностями эндофитных кондилом (плоских, инвертирующих и атипических) на шейке матки, которые еще носят название субклинических форм, и картиной кондиломатозного вагинита и цервицита. Эндофитные формы ВПЧ-инфекции гениталий принято называть плоскими кондиломами (ПК).

ПК располагаются в толще эпителия и увидеть их на шейке матки невооруженным глазом бывает очень трудно.Это возможно только в случае их сочетания с ОК или при выраженном ороговении. Поэтому незаменимыми в диагностике ПВИ становятся кольпоскопический и цитоморфологический методы обследования.

Озлокачествление ПК без атипии происходит в 5% случаев в течение 60 мес (Reid и соавт., 1991).

В отличие от ПК, кондиломатозный вагинит и цервицит не имеют четких границ и могут быть представлены в виде мельчайших шиповидных возвышений на поверхности эпителия либо быть видимыми только кольпоскопически с помощью специального прибора при использованиии определенных сосудисто-эпителиальных тестов.

Большинство ученых в настоящее время считают, что обязательно при обнаружении ОК аногенитальной области женщину следует направить на кольпоскопический и цитологический скрининг шейки матки. При обнаружении соответствующих признаков ПВИ следует производить прицельную биопсию с выскабливанием слизистой цервикального канала.

Признаками ПВЧ-инфекции при расширенной кольпоскопии на шейке матки могут быть наличие ЗТ (нормальной и атипической), ацетобелых участков, шиповидных выростов эпителия, мозаики, пунктации, немых йоднегативных участков, атипических сосудов. Поэтому женщины с подобными изменениями шейки матки и влагалища также входят в группу риска по ПВИ.

С поверхности измененного МПЭ следует обязательно брать мазок для цитологического исследования ( по Папаниколау), более того, даже при нормальном Пап-мазке при больших аномальных образованиях на шейке матки следует производить биопсию. Характерными признаками кондилом являются наличие койлоцитов и дискератоцитов при цитологическом исследовании и специфическая гистологическая картина в зависимости от степени тяжести процесса (наличие ЦВН и т. п.).

**Принципы лечения заболеваний, обусловленных ПВИ**

Больных ОК и ПК следует предупреждать о том, что они являются контагиозными для половых партнеров и на период лечения им должен быть рекомендован барьерный метод контрацепции. Необходимо также обязательное обследование и при выявлении инфекции лечение всех партнеров, с которым пациентки контактировали за последние 6 мес.

Лечение кондилом проводится в соответствии с локализацией, характером процесса (наличие или отсутствие ЦВН) и учетом сопутствующих заболеваний (другие инфекции, нарушение микробиоценоза влагалища).

Все виды локального лечения направлены на удаление кондилом и атипически измененного эпителия в зависимости от их локализации. Используются различные виды химических коагулянтов, цитостатических препаратов и физиохирургических методов (крио-, электро-, лазертерапия, хирургическое иссечение). Для лечения шейки матки предпочтительны последние.

Однако высокая частота рецидивирования диктует необходимость поиска средств терапии, воздействующих на возбудителя и на макроорганизм. Имеются данные о хороших результатах применения различных методов системной неспецифической противовирусной терапии.

Широко используются в последние годы интерфероны (ИФ) и их индукторы. ИФ являются эндогенными цитокинами, которые обладают противовирусными, антипролиферативными и иммуномодулирующими свойствами. Используют местное, внутриочаговое и системное введение ИФ. Наиболее перспективной считается комбинированная терапия, сочетающая местное и системное лечение. Локальное удаление очагов ПВИ целесообразно производить не ранее чем через 2 - 3 нед после начала системной противовирусной терапии, поскольку клинический опыт свидетельствует о возможности полного исчезновения кондилом или их значительного уменьшения в количестве и размерах только на фоне правильно подобранной системной терапии.

Локальных методов лечения предложено множество. Приводим самые известные и доступные их них.

• Подофиллин (ПД) - смола, полученная из растений, и оказывающая цитотоксическое действие. Обычно применяются 10 - 25% раствор в амбулаторных условиях 1 - 2 раза в неделю на протяжении максимум 5 нед.

• Подофиллотоксин (ПДТ) - наиболее активное вещество в составе ПД. Является действующим веществом препарата кондилин (0, 5% раствор ПДТ в 96% спирте). Применяют также 20% мазь.

• Ферезол представляет собой смесь фенола (60%) и трикрезола (40%). Обработку кондилом производят с перерывом в 1 нед.

- Солкодерм - смесь органических и неорганических кислот. Препарат наносят на патологический участок с помощью специального аппликатора (капилляра) после обработки спиртом или эфиром. Перерыв между сеансами 1 - 2 нед.

• Трихлоруксусная кислота в концентрации 80 - 90% является слабым деструктивным химическим препаратом, который вызывает образование локального коагуляционного некроза. Рекомендуется при слабовыраженном процессе и беременности.

• Местное введение ИФ производят в виде аппликаций (человеческий ИФ), свечей или внутрикондиломно - 3 раза в неделю по 5 млн МЕ в течение 3 нед. Аппликации можно производить до и после лазертерапии.

Среди физиохирургических методов в последние годы предпочтение отдают лазертерапии, которая позволяет разрушать практически любые образования локально и щадяще под контролем кольпоскопа, ее целесообразно производить на 5 - 7-й день цикла. Метод характеризуется меньшим числом рецидивов и менее выраженным рубцеванием, однако в ряде работ доказан высокий риск заражения ВПЧ врача, производящего лазервапоризацию, через дым, возникающий при испарении тканей. Рекомендуется работать в маске и использовать вакуумную эвакуацию дыма.

Каждый из перечисленных методов локального лечения имеет достоинства и недостатки, поэтому только врач способен правильно подобрать способ лечения индивидуально для каждой больной.

**Системное лечение ПВИ**

Специфических анти- ВПЧ- препаратов для системной терапии не существует. Имеются единичные данные литературы о том, что ацикловир и другие противогерпетические средства могут применяться для лечения ВПЧ-инфекции, однако большинство исследований не подтверждают их эффективность. Вакцин против ВПЧ для широкой практики нет. Обычно проводят неспецифическую противовирусную терапию (витамины В6, С, Е ), назначают десенсибилизирующие средства, транквилизаторы, ИФ и его индукторы, озонотерапию, адаптогены (настойка элеутерококка, китайского лимонника), синтетические иммуномодуляторы (декарис, пентоксил, метилурацил, ликопид ) и др.

Таким образом, к диагностике и лечению заболеваний, обусловленных ПВЧ, следует подходить комплексно. Обязательными являются обследование и лечение обоих партнеров, цитологический и кольпоскопический скрининг и использование барьерных методов контрацепции как минимум в течение 6 мес после окончания терапии.

**Список литературы**

1. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. Витебск. 1996.

2. Василевская Л.П., Винокур М. Л., Никитина Н. И. // Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. М.: Медицина, 1987.

3. Дубенский В. В. и соавт. Интерфероны в комплексном лечении остроконечных кондилом. // ЗППП. - 1996. - №10. - С. 28.

4. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. - М., 1996.

5. Исакова Л.М. Цитологическая и морфологическая характеристика ПВИ человека при патологии шейки матки. // Арх. пат. - 1991. - №1.

6. Козаченко В.П., Бычков В.И., Киселева Е.В. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. - М.: Медицина, 1994.

7. Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Сапрыкина 0.А., Багирова М.О. Иммунные и микробиологические аспекты заболеваний шейки матки. // Актуальные вопросы клинической медицины. - М., ЮН. - 1993.

8. Новикова Е.Г. Эволюция методов леченния больных начальными формами рака шейки матки. // Вопр. онкол. - 1991. - Т. 37. - №2.

9. Баррассо Р. Кольпоскопическая диагностика патологии шейки матки. ЗППП. - 1995. - №5.

10. Бургхардт. Атлас по патологии шейки матки и кольпоскопии. Лондон-Нью-Йорк, 1991.

11. Anderson MC, et al. Intergrated Colposcopy. Chapman & Hall Medical, 1996, ed.II.

12. Singer A, Monaghan JM. Lower Genital Tract Precancer. Colposcopy, Pathology, Treatment, Blackwell Science. Inc., 1994.

13. Сб. тезисов 16-й интернациональной конференции по папилломавирусной инфекции, Сиена, 1997.

14. С.И. Роговская, В.Н. Прилепская. Кондиломы гениталий, обусловленные папилломавирусной инфекцией

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://med-lib.ru/>