

М.А.ГОМБЕРГ, д.м.н., профессор,
А.М.СОЛОВЬЕВ, к.м.н., доцент, МГМСУ, Москва

Лечение бородавок и остроконечных кондилом – просто и эффективно

В настоящее время широко распространены инфекции, вызванные вирусом папилломы человека (ВПЧ). По оценкам Центра по контролю заболеваемости (CDC), в США ВПЧ инфицируются до 5,5 млн человек в год (Armstrong G.L., et al., 2001). В Европе в год регистрируется 554 000 случаев, вызванных этими вирусами: в т.ч. цервикальных неоплазий легкой степени (CIN I), генитальных бородавок, цервикальных неоплазий средней и тяжелой степени (CIN II и III), рака шейки матки. Таким образом, в сутки по этой причине умирает 40 человек [Gross, et al., 2008].

Ключевые слова: вирус папилломы человека (ВПЧ), ВПЧ-инфекция, гениталии, бородавки, деструкция, цитотоксические средства, интерфероны, иммуномодуляторы, противовирусные препараты

Основным клиническим результатом инфицирования клеток эпителия ВПЧ являются бородавки и кондиломы, представляющие псевдоопухолевые пролиферации кожи и слизистых оболочек. Различают вульгарные, плоские, подошвенные и аногенитальные бородавки (кондиломы). Некоторые типы ВПЧ способны вызывать дисплазию эпителия генитального тракта, которая может прогрессировать в плоскоклеточный рак.

■ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВПЧ

Согласно существующим принципам по ведению больных с клиническими проявлениями, связанными с ВПЧ, лечение должно быть направлено либо на разрушение тем или иным методом папилломатозных очагов, возникающих на месте внедрения вируса, либо на стимуляцию противовирусного иммунного ответа, либо на сочетание этих подходов.

Существует много методов для лечения бородавок и кондилом, но ни один из них не является абсолютно эффективным, поскольку рецидивы заболевания возможны после любого из них. В связи с этим врач должен подобрать для каждого больного наиболее оптимальный из имеющихся в арсенале способов лечения.

В Европейском руководстве по лечению дерматологических заболеваний (под ред. А.Кацамба, 2008) представлена следующая классификация методов лечения аногенитальных бородавок:

I. Местные препараты.

1. Кератолитики и прижигающие средства: салициловая и молочная кислоты, уксусная кислота и трихлоруксусная кислота.

2. Цитотоксические препараты: подофиллин, подофиллотоксин.

3. Ингибиторы ДНК: 5-фторурацил, блеомицин, цидофовир.

4. Местные ретиноиды.

II. Деструктивные методы:

1) электрохирургические методы;

2) криотерапия;

3) лазеротерапия;

4) хирургическое иссечение;

5) лазерный фототермолиз.

III. Препараты – модификаторы клеток – системные ретиноиды.

IV. Противовирусные препараты и модуляторы иммунного ответа:

1) интерфероны;

2) имихимод;

3) инозин пранобекс (Изопринозин).

Основным отличием деструктивных методов является то, что при их использовании кондиломы разрушаются быстро, часто одномоментно. При использовании других методов они ликвидируются в течение нескольких часов или недель.

Как правило, это время сопоставимо со временем заживления очагов после воздействия физических методов. По данным разных авторов, частота рецидивов не зависит от выбора метода лечения. Таким образом, очевидные преимущества физических методов нивелируются.

Для применения физических деструктивных методов необходимы специальные помещения, дорогостоящее оборудование, обученный персонал, имеющий сертификаты на данный вид медицинской деятельности. Все это ограничивает применение данных методов в широкой практике, особенно в условиях небольших медицинских центров или в районах, где в поликлинике имеются лишь дерматовенерологический, гинекологический или урологический кабинеты. В связи с этим особый интерес представляют консервативные методы лечения, которые может применить любой практикующий врач.

■ Существует много методов для лечения бородавок и кондилом, но ни один из них не является абсолютно эффективным.

КЕРАТОЛИТИКИ И ПРИЖИГАЮЩИЕ СРЕДСТВА

Для удаления кондилом применяют концентрированные растворы кислот, щелочей, солей и др., например Ферезол, перекись водорода, растворы акрихина и хингамина, препараты на основе салициловой и молочной кислот, уксусную и азотную кислоты, соки туи и чистотела. К сожалению, все эти методы обладают невысокой, плохо прогнозируемой эффективностью, многочисленными побочными эффектами, а упорядоченных данных об эффективности этих препаратов немного. Но есть среди химических препаратов, обладающих деструктивным действием, такие, о которых есть достаточно данных как в отечественной, так и в зарубежной литературе, например Солкодерм.

Солкодерм. Солкодерм — это водный раствор, активной составляющей которого являются продукты взаимодействия органических кислот (уксусной, щавелевой и молочной) и ионов металлов с азотной кислотой, имеющей концентрацию 6,6 Н. Раствор содержит нитриты в количестве 0,02 мг/мл. При местном применении на пораженных участках Солкодерм ведет к прижизненной фиксации (сохраняется структура новообразования) с последующей мумификацией патологически измененной ткани, с которой препарат

вступает в соприкосновение. Заживление происходит под струпом, что исключает образование открытой раневой поверхности. Осложнения лечения, такие как вторичная инфекция или образование рубцов, по данным литературы, наблюдаются крайне редко. Благодаря простоте в использовании, эффективности в удалении пораженных тканей, минимальному негативному влиянию на окружающие ткани и способности контролировать масштаб обработки, Солкодерм удобно применять для лечения широкого диапазона доброкачественных изменений кожи.

Уникальность Солкодерма в том, что входящие в его состав кислоты, обладая невысокой концентрацией и, следовательно, небольшой вероятностью побочных эффектов, оказывают выраженный клинический эффект за счет окислительно-восстановительных реакций. Продукты окисления азота, образующиеся в результате этих реакций, имеют не-

которые дополнительные клинические преимущества, например, более полное разрушение пораженного участка и уменьшение повреждающего воздействия на окружающие здоровые ткани (Weiner M., et al., 1983).

В нашей практике мы активно пользуемся этим препаратом уже много лет. В связи с появлением на фармацевтическом рынке разнообразных новых средств местной терапии

■ Продукты окисления азота имеют некоторые дополнительные клинические преимущества, например, более полное разрушение пораженного участка и уменьшение повреждающего воздействия на окружающие здоровые ткани.

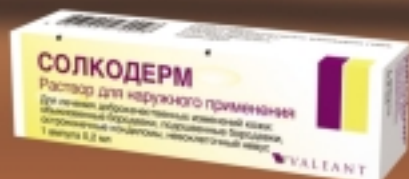
Солкодерм®

информация для специалистов

**для эффективного и безболезненного удаления
ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ, ВУЛЬГАРНЫХ И
ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК.**

раствор органических кислот и нитрата меди в азотной кислоте

- Избирательное действие на пораженную вирусом ткань
- Минимальный риск развития рецидива



РУ П № 015196/01 от 21.07.08

Перед использованием препарата обязательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.

МЕДА

папилломатозных разрастаний мы провели повторное открытое исследование по изучению эффективности Солкодерма, чтобы в будущем иметь возможность исследовать и сравнивать эффективность новых препаратов. Под нашим наблюдением находилось 24 больных (14 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 17 до 41 года (средний возраст 25,8 года): 16 больных с остроконечными кондиломами на половых органах, 3 больных с вульгарными бородавками на кистях рук, 2 больных с подошвенными бородавками и 3 — с невусами гладкой кожи. Солкодерм наносили имеющимися в наборе специальными пластиковыми шпателями или с помощью стеклянного капилляра на предварительно обезжиренную спиртом поверхность очага. Наиболее быстрый способ насыщения очага достигался при нанесении раствора с помощью капиллярных трубочек с последующим механическим воздействием пластиковым шпателем для более глубокой пентрации раствора. Обработку бородавок проводили до появления желтого окрашивания очагов, расположенных на коже, или белого окрашивания очагов, расположенных на слизистых оболочках. Появление равномерной желтой или белой окраски свидетельствует о достаточности обработки и является гарантией последующей мумификации образования. Через 3—5 дней после первичной обработки проводили контрольный осмотр больных. В случае необходимости проводили повторную обработку очагов Солкодермом.

У больных остроконечными кондиломами и невусами в большинстве случаев было достаточно однократной обработки Солкодермом. Полное отторжение образующегося через несколько часов после обработки Солкодермом струпа происходило в период от 5 (при кондиломах) до 14 (при невусах) дней в зависимости от локализации и размера поражений. Для лечения вульгарных бородавок требовалось проведение 2—3 сеансов терапии, для лечения подошвенных бородавок — 3—4 сеанса. Полного исчезновения поражений удалось добиться во всех случаях. Больные переносили лечение хорошо, серьезных побочных эффектов отмечено не было. При контрольном наблюдении в течение 6 месяцев рецидив заболевания отметили лишь у 3 больных с остроконечными кондиломами.

Полученные нами данные о высокой эффективности и хорошей переносимости терапии Солкодермом полностью совпадают с данными, полученными в ходе крупных зарубежных исследований. При лечении обыкновенных и подошвенных бородавок препарат оказался эффективен у 85—94% больных (уровень рецидивирования составил 6—10%) (Hettich R., Burri P., Binet O., 1984). При лечении остроконечных кондилом у мужчин и женщин эти показатели составили 80,1 и 7,0% соответственно, причем у 64,7% больных эффект был достигнут после однократной обработки (Brokalakis J., et al., 1984).

Учитывая такие показатели, как кратковременность и амбулаторный характер лечения, а также точность, с которой проводится нанесение препарата на патологические ткани,

Солкодерм можно рекомендовать для лечения остроконечных кондилом, а также обыкновенных и подошвенных бородавок. При лечении Солкодермом генитальных кондилом повторная обработка, как правило, не требуется. Несмотря на подробное описание в приложенной к препарату инструкции техники его применения, во избежание возможных осложнений следует рекомендовать проводить эту процедуру под контролем врача.

ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Подофиллотоксин. Подофиллотоксин — наиболее активная в терапевтическом отношении фракция в составе подофилина. Выпускается в виде 0,25, 0,3 и 0,5% растворов, а также в виде 0,15, 0,3 и 0,5% крема. В России зарегистрированы раствор и крем подофиллотоксина:

■ Кондилилин — 0,5%-ный раствор. Применяют 2 раза в сутки в течение 3 дней, затем перерыв 4 дня. Длительность лечения не более 5 недель.

■ Вартек — 0,15%-ный крем.

Несомненным достоинством подофиллотоксина является возможность безопасного самостоятельного применения препарата пациентами. Препарат применяют 2 раза в день в течение 3 последовательных дней в неделю в течение 4—5 недель.

Показатель эффективности для подофиллотоксина составляет 36—100% [Edwards A., et al., 1988; Beutner K.R., et al., 1989; Kirby P., et al., 1990; Mazurkiewicz Z., et al., 1990; Von Krogh G., et al., 1994; Strand A., et al., 1995; Claesson U., et al., 1996; Lacey C.J., et al., 2003]. Большой разброс показателей эффективности обусловлен различным сроком наблюдения за больными, а также тем, что в некоторых работах авторы не учитывают рецидивы. Частота развития рецидивов при использовании подофиллотоксина колеблется от 6 до 100% [Edwards A., et al., 1988; Beutner K.R., et al., 1989; Kirby P., et al., 1990; Von Krogh G., et al., 1994; Claesson U., et al., 1996; Lacey C.J., et al., 2003].

По данным Bonnez W., et al. (1994), наиболее частыми побочными эффектами применения подофиллотоксина являются местные воспалительные реакции (у 57% пациентов), эритема, жжение (у 48%), болезненность (у 47%), зуд (у 44%), незначительное мокнутие и эрозии в области аппликации (у 39%). Несмотря на то что системных побочных эффектов не было описано, подофиллотоксин рекомендуется применять в количестве не более 0,2 мл за одну процедуру (Von Krogh G., 1982).

Handley J.M., et al. (1994), считают подофиллотоксин препаратом выбора для самостоятельного применения больными с небольшим количеством неороговевающих кондилом, располагающихся на крайней плоти, головке полового члена, в венечной борозде и вульве. При лечении бородавок перианальной области, влагиалища и уретры препарат малоэффективен.

Недостатками подофиллотоксина являются его высокая стоимость, большая длительность лечения в сочетании с не очень высокой эффективностью.

■ **Повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивов позволяют иммунные препараты.**

ИНГИБИТОРЫ ДНК

5-Фторурацил. 5-Фторурацил является антагонистом пиримидина и способен нарушать синтез как клеточной, так и вирусной ДНК. Для лечения бородавок аногенитальной области его назначают в виде 5%-ного крема (Krebs H.B., 1987). По мнению Handley, et al. (1994), 5-Фторурацил является эффективным методом лечения интравагинальных бородавок и кондилом терминальной части уретры. При лечении интравагинальных бородавок препарат назначают 1 раз на ночь в течение недели или 1 раз в неделю в течение 10 недель (Krebs H.B., 1987). Хотя при такой схеме лечения препарат обладает достаточно высокой эффективностью (85–90%), при его применении могут возникать мокнущие эрозии на слизистой влагалища вплоть до развития тяжелого мокнущего контактного дерматита.

При лечении бородавок терминальной части уретры крем вводят сразу после мочеиспускания, на ночь в течение 3–8 дней. У 90–95% мужчин наблюдается полное излечение внутриуретральных бородавок (Dretler S.P., et al., 1975; Von Krogh G., 1976), однако при лечении наблюдается множество побочных эффектов: стеноз и стриктуры уретры, дизурия, изъязвления (Krebs H.B., 1987).

Несмотря на достаточно высокую эффективность, доступность и невысокую стоимость 5-Фторурацила, его применение в широкой практике ограничено из-за высокой частоты развития побочных эффектов. Препарат противопоказан при беременности.

Официальных препаратов фторурацила для наружного применения в России нет, но крем необходимой концентрации можно приготовить по рецепту в аптечном производственном отделе из субстанции.

Блеомицин. По рекомендациям Европейского руководства (под ред. А.Кацамба, 2008) при рецидивирующих бородавках проводится блеопунктура. Раствор блеомицина готовят ex tempore и наносят на бородавку. Затем бородавку протыкают инъекционной иглой до появления кровотока. Эту процедуру повторяют несколько раз до полного пропитывания бородавки раствором. После этого поверхность бородавки покрывают полиэтиленовой пленкой и бинтом на 24–48 часов. За это время бородавка некротизируется и через несколько дней отпадает. Точных данных об эффективности, побочных эффектах и противопоказаниях этого метода авторы руководства не сообщают.

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И МОДУЛЯТОРЫ ИММУННОГО ОТВЕТА

Так как ВПЧ сохраняется в эпителиальных клетках, а использование деструктивных и цитотоксических методов не дает абсолютной гарантии от развития рецидивов, для их предотвращения более предпочтительно применение интер-

ферона или его индукторов, а также других активаторов противовирусного иммунитета в качестве адъювантной терапии в комбинации с различными деструктивными методами. Повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивов позволяют иммунные препараты. Комбинированная иммунотерапия применяется при лечении упорных, плохо поддающихся лечению бородавок. Для лечения предложены различные методики, основанные на применении иммунных препаратов в сочетании с криотерапией, лазеротерапией, электрокоагуляцией, Солкодермом и др. (Thin N., 1995).

Однако в ряде случаев ВПЧ способен запускать собственный комплекс онкобелков E7, который может подавлять противовирусную защиту человека, нивелируя этим действие иммуномодуляторов и препаратов интерферона [M.Nees, et al., 2001]. Также следует помнить, что терапию желательнее начинать после исследования иммунного статуса больного. На российском рынке представлен широкий выбор интерферонов различных производителей — Виферон, Кипферон, Реаферон, Роферон-А, Интрон А, Реальдирон и др. Предпочтительнее использовать рекомбинантные, а не человеческие интерфероны.

Имихимод. Есть сообщения об эффективном применении индукторов интерферона в виде монотерапии. Представляет интерес местное применение низкомолекулярного производного имидазохинолинамина — имихимода, который является индуктором цитокинов и, в частности, альфа-интерферона (Baker D., et al., 1995; Trofatter K.E., 1997).

Его применяют в виде 5%-ного крема 3 раза в неделю либо ежедневно на ночь до полного исчезновения высыпаний (но не более 4 месяцев). Первые исследования имихимода показали, что полное исчезновение кондилом наблюдается у 56% больных при дозировании 3 раза в неделю и у 71% при ежедневном применении (плацебо — 14%). При контрольных обследованиях в течение 1 года рецидивы наблюдались лишь у 13–19% (Baker D., et al., 1995; Trofatter K.E., 1997). Эффективность терапии имихимодом, показанная в более поздних исследованиях, колеблется от 35 до 68% [Beutner K.R., et al., 1998; Edwards L., et al., 1998; Fife K.H., et al., 2001; Arican O., et al., 2004; Garland S.M., et al., 2006; Schofer H., et al., 2006]. Уровень рецидивирования составляет от 6 до 26% [Beutner K.R., et al., 1998; Edwards L., et al., 1998; Arican O., et al., 2004; Schofer H., et al., 2006].

Местные побочные эффекты: покраснение, отечность, эрозии чаще развиваются при ежедневном применении. Крем особенно эффективен при лечении субклинической ВПЧ-инфекции (Gross G., 1996). Имихимод широко применяется в Европе, США, Японии и других странах с конца 90-х годов XX в., однако в России этот препарат пока не зарегистрирован.

Представляет интерес еще одна группа консервативных методов лечения ВПЧ-инфекции — иммуотропные препараты, которые могут применяться самостоятельно или в комбинации с деструктивными методами.

■ Отдаленные результаты терапии при использовании простых и доступных методов деструкции практически не уступают результатам после применения лазеров, криодеструкции, радиотерапии или электрокоагуляции.

ИММУНОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Воздействовать на противовирусный иммунитет можно с помощью индукторов эндогенного интерферона и других активаторов иммунитета.

Иммуномакс. Перспективным является применение активатора противовирусного иммунитета — иммуномакса, представляющего собой кислый пептидогликан с молекулярной массой 1000—40000 кДа. Препарат выделен из растений комплексом биохимических методов, включающих ультрафильтрацию и хроматографию. Стерильный препарат иммуномакс выпускается в виде лиофилизированного порошка по 200 ЕД во флаконах для инъекций.

Имеются данные об использовании препарата при клинических проявлениях ВПЧ-инфекции в комбинации с любым из деструктивных методов. Больным удаляют остроконечные кондиломы (например, Солкодермом) и одновременно назначают внутримышечные инъекции иммуномакса по 200 ед 1 раз в сутки на 1, 2, 3, 8, 9 и 10-й дни лечения (Перламутров Ю.Н. и соавт., 2003). У 68% больных по окончании лечения наблюдается отсутствие рецидивирования кондилом, а после проведения дополнительных сеансов деструкции эффективность комбинированной терапии может достигать 98% (при контрольном наблюдении не менее 3 месяцев).

Изопринозин (инозин пранобекс). Изопринозин (инозин пранобекс) — иммуномодулятор, стимулирующий противовирусную защиту организма. Препарат нормализует дефицит или дисфункцию клеточного иммунитета, индуцируя созревание и дифференцирование Т-лимфоцитов и Т₁-хелперов, потенцируя индукцию лимфопролиферативного ответа в митогенных или антиген-активных клетках. Изопринозин моделирует цитотоксичность Т-лимфоцитов и натуральных киллеров, функцию Т₈-супрессоров и Т₄-хелперов, а также повышает количество иммуноглобулина G и поверхностных маркеров комплемента. Препарат повышает синтез интерлейкина-1 (ИЛ-1) и интерлейкина-2 (ИЛ-2), регулирует экспрессию рецепторов ИЛ-2, существенно увеличивает секрецию эндогенного γ -интерферона и уменьшает продукцию интерлейкина-4 в организме, а также усиливает действие нейтрофильных гранулоцитов, хемотаксис и фагоцитоз моноцитов и макрофагов.

Помимо иммунотропного, Изопринозин обладает прямым противовирусным действием, угнетая синтез вирусов путем встраивания инозин-оротовой кислоты в полирибосомы пораженной вирусом клетки и нарушая присоединение адениловой кислоты к вирусной РНК.

Одним из показаний применения препарата являются инфекции, вызванные вирусом папилломы человека: остроконечные кондиломы, папилломавирусная инфекция вульвы, вагины и шейки матки (в составе комплексной терапии).

При инфекциях, вызванных ВПЧ, Изопринозин назначают по 3 г/сут (2 таблетки 3 раза в сутки) как дополнение к местной терапии или хирургическому вмешательству в течение 14—28 дней или 5 дней в неделю последовательно в течение 1—2 недель в месяц в течение 3 месяцев.

В литературе описаны различные схемы и результаты применения Изопринозина при папилломавирусной инфекции. Известно о зарубежном опыте применения инозин пранобекса в качестве терапии, дополняющей деструкцию аногенитальных бородавок (Mohanty K.C., et al., 1986). Препарат применяли по 1 г 3 раза в сутки в течение 28 дней. При добавлении Изопринозина к традиционным методам лечения эффективность терапии повышалась с 41 до 94%.

Другое исследование, включающее мужчин с иммунодефицитом, показало эффективность комбинированной терапии Подофилин + Изопринозин у 63,7%, а при назначении только Подофилина эффект был достигнут только у 33,4% больных [Jurisin I.G., et al., 1986].

Назначение Изопринозина позволяет почти в 1,5 раза сократить сроки терапии подофилином — 2,5 месяца комбинированного лечения против 3,6 месяца лечения Подофилином [Kovacs L., et al., 1989].

Похожие результаты показаны в работах Прилепской В.Н. и соавт. (2007). Добавление к стандартному лечению Изопринозина в дозе 1 г 3 раза в сутки в течение 5 дней до проведения деструкции позволяло повысить эффективность терапии с 65,6 до 87,5%, а также в 3 раза снизить частоту рецидивов. Также отмечалась высокая частота элиминации ВПЧ из очагов поражения — 65,6%.

В работе Забелева А.В. и соавт. (2005) показано исчезновение атипичного эпителия после проведения курсов Изопринозина женщинам с ВПЧ-ассоциированными плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями низкой степени. Изопринозин назначали по 1 г 3 раза в сутки в течение 5 дней, 3 курса с интервалом 1 месяц.

Аналогичные результаты — улучшение морфологической картины эпителия вульвы — показаны в исследовании Sun Kuie Tay (1996). Инозин пранобекс назначали по 1 г 3 раза в сутки в течение 6 недель. Положительный эффект был достигнут у 63,5% больных, а в группе, принимавшей плацебо, — у 16,7%.

Для лечения вульгарных, плоских и подошвенных бородавок зарубежные исследователи предлагают несколько режимов терапии: продолжительная — доза 50 мг/кг назначается до полного исчезновения бородавок (7—60 дней); циклическая — 3 г/сут в течение 5 последовательных дней, затем перерыв 5 дней, повторные циклы в течение 3 месяцев; поддерживающая — по 1 таблетке 2 раза в сутки на протяжении 4—6 месяцев. Такое лечение может приводить к уменьшению размеров и количества устойчивых к терапии или рецидивирующих бородавок вплоть до полного исчезновения некоторых из них [Ciaula V., et al., 1981; Nanni G., et al., 1983]. Gross G. (1984) удалось добиться уменьшения количества бородавок или полного излечения у 2/3 больных в течение 2 недель терапии Изопринозином.

Получены данные об эффективном применении Изопринозина в сочетании с криодеструкцией при лечении больных ладонно-подошвенными бородавками [Кунгуров Н.В., 2010]. Бородавки удаляли жидким азотом и одновременно назначали Изопринозин по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 10 дней. Включение в комплексную терапию

больных вирусными ладонно-подошвенными бородавками иммуномодулирующего и противовирусного препарата Изопринозин позволило добиться высокой клинической эффективности — 93,3% пациентов к концу 3-месячного срока наблюдения было полностью излечено. В контрольной группе, где больным проводили удаление бородавок жидким азотом без назначения Изопринозина, этот показатель с учетом рецидивов составил 73,3%. Различия в эффективности терапии между группами статистически достоверны ($p < 0,05$).

Недавно был проведен метаанализ результатов применения Изопринозина (Елисеева М.Ю. и соавт., 2009). Данные литературы, базирующиеся на 15 источниках, в которых описано 2369 случаев применения Изопринозина в качестве монотерапии, 3369 — в комбинации с другими методами, в сравнении с 71 наблюдением плацебо-контроля и 575 наблюдениями за традиционным лечением свидетельствуют об эффективности вспомогательной иммунотерапии Изопринозином на фоне традиционных методов при терапии генитальных поражений, ассоциированных с ВПЧ.

Основным показателем эффективности любого метода удаления бородавок является отсутствие рецидивов. Так как частота рецидивов ВПЧ-инфекции не зависит от метода деструкции поражений (физической, химической или цитотоксической), то для врача на амбулаторном приеме особый интерес представляют методы деструкции, которые можно использовать непосредственно в кабинете. По-

этому в данной работе мы сделали акцент на методиках, позволяющих быстро и эффективно бороться с проявлениями ВПЧ-инфекции и ее рецидивов без использования дорогостоящих методов деструкции, доступ к которым есть далеко не в каждой специализированной клинике. Этот подход хорошо продемонстрирован на примере Солкодерма. Некоторые из описанных нами в данной статье методов врач может назначить пациенту и для самостоятельного применения. Контроль со стороны врача все равно необходим, но часть процедур пациент может провести самостоятельно.

Отдаленные результаты терапии при использовании простых и доступных методов деструкции практически не уступают результатам после применения лазеров, криодеструкции, радиотерапии или электрокоагуляции. Дополнительным преимуществом химической деструкции проявлений ВПЧ-инфекции является то, что при таком лечении нет риска заражения врача вирусными частицами.

В случае развития рецидивов, которые возможны при использовании любых методов лечения, рекомендуется проведение иммуностропной терапии. Такой подход обеспечивает эффективное лечение аногенитальных и других бородавок, что должно существенно сказаться на всех аспектах контроля ВПЧ-инфекции в популяции, включая уровень ее регистрации.



СЕМНАДЦАТАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА) приглашает вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов страны — Семнадцатой Российской гастроэнтерологической недели. Гастронеделя состоится в Москве с 10 по 12 октября 2011 года в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ по адресу: проспект Вернадского, д. 84 (ст. метро «Юго-Западная»).

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии и эндоскопии, курс последипломного обучения.

Перед Неделей 7–9 октября 2011 года будет проведена Осенняя сессия Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов. В рамках Гастроэнтерологической недели будут проведены симпозиумы по эндоскопии.

В период проведения Гастронедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, медицинской техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечебном питании, и специализированных изданий. Мы приглашаем представителей отечественных и зарубежных фармацевтических компаний принять участие в выставке и работе научного форума.

ВХОД НА НАУЧНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ ГАСТРОНЕДЕЛИ СВОБОДНЫЙ.

Почтовый адрес для переписки и справок: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО».

Телефоны для справок: +7 926 213-25-52.

Электронная почта: rgas@orc.ru, rga-org@yandex.ru.

Адреса в интернете: www.gastro.ru, www.liver.ru.