

УДК 616-002.181:615.281.8

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПИРТОВОГО РАСТВОРА РЕЗОРЦИНА
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ****Н. Д. Хилькевич****Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск**

Представлены результаты лечения остроконечных кондилом у 34 мужчин с помощью наружных аппликаций на очаги поражения 33 % спиртового раствора резорцина. Отмечена высокая эффективность предложенного метода лечения, хорошая переносимость и возможность самостоятельного использования больными в домашних условиях.

Ключевые слова: остроконечные кондиломы, лечение.

**EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF SPIRITUOUS SOLUTION
OF RESORCYNE FOR THE TREATMENT OF POINTED CONDYLOMAS****N. D. Hilkevich****Belarusian State Medical University, Minsk**

The results of the treatment of pointed condylomas in 34 men by means of exterior applications of 33 % spirituous solution of resorcyne on the lesion focus have been presented. The suggested method of treatment was marked by high effectiveness as well as good tolerance and possibility of application by the patients themselves at home.

Key words: pointed condylomas, treatment.

В последние годы во всем мире отмечается неуклонный рост случаев заболеваний, связанных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), среди которых большой удельный вес приходится на остроконечные кондиломы [2].

Остроконечные кондиломы — разновидность бородавок, передающихся половым путем, которые развиваются чаще всего на коже и слизистых половых органов, перианальной области, реже — на слизистой оболочке рта и какой-либо другой локализации. Возбудитель заболевания — дерматотропный ДНК-содержащий вирус, размножающийся в ядрах эпителиальных клеток. Повреждение генетического аппарата клеток в определенных условиях приводит к их бесконтрольному размножению и разрастанию участков кожи или слизистых с формированием папилломатозных образований, которые, собственно, и являются клиническим проявлением заболевания.

Необходимо помнить, что наличие в организме ВПЧ не является фатальным фактором заболевания. Вероятность развития остроконечных кондилом находится в четкой зависимости от состояния иммунитета: риск возникновения клинических проявлений во многом зависит от наличия той или иной формы иммунологической недостаточности. В этом плане представляет интерес ряд работ, указывающих на несколько лучшие результаты при использовании в комплексном лечении остроконечных кондилом различных иммуномодулирующих препаратов, однако достоверность полученных результатов все же нельзя считать доказанной из-за отсутствия рандомизации исследований [1, 3–7].

Этиотропной терапии при папилломавирусной инфекции до настоящего времени не существует. Считается, что вирус сохраняется в организме человека до конца жизни. Современные методы лечения остроконечных кондилом сводятся, главным образом, к их удалению, хотя в последнее время рассматривается возможность проведения эффективной вакцинации. Доказано, в частности, что вакцинация против штаммов вируса высокой онкогенности — 16, 18 и других типов достоверно предупреждает возникновение у женщин рака шейки матки [4, 9]. Надежды на целесообразность использования аутовакцин себя не оправдали [8]. Обоснованность использования различных методов удаления кондилом состоит не столько в улучшении эстетического вида зон поражения, сколько в том, что каждая кондилома в какой-то мере является резервуаром возбудителя, который постепенно накапливается в окружающих тканях. Рецидивы заболевания после удаления кондилом относительно нечастые.

Есть много способов, с помощью которых можно удалить остроконечные кондиломы. Наиболее популярны среди них криодеструкция, электрокоагуляция, использование прижигающих химических веществ, лазерное удаление и, наконец, хирургические методы. Каждый из этих методов обладает рядом достоинств и недостатков [1, 3, 4, 6, 8]. При выборе того или другого метода удаления кондилом принимаются во внимание такие моменты, как локализация кондилом, распространенность процесса, степень сложности манипуляций, наличие в учреждении того или иного оборудования, стоимостное выражение метода, вероятность обра-

зования рубцов после проведения манипуляций и т. д. В ряде случаев немаловажное значение для больного имеет также возможность самостоятельного безопасного проведения той или иной процедуры без участия врача, поскольку повторные визиты в медицинское учреждение в какой-то степени могут быть обременительными для пациента. В частности, широко используемый за рубежом 0,05 % спиртовой раствор подофилотоксина рекомендован для самостоятельного применения при данном заболевании.

В данное исследование вошли 34 мужчины, которые использовали для самостоятельного удаления остроконечных кондилом 33% спиртовой раствор резорцина (из расчета 10 г резорцина на 20 мл 96 % этанола). Кондиломы у них чаще всего локализовались в препуциальной области: на внутреннем листке крайней плоти, на венечной борозде, уздечке — 29 человек, у 5 процесс обнаруживался только в области головки полового члена (сочетанное поражение головки и крайней плоти отмечалось у 9 больных). У 3 мужчин, наряду с наличием кондилом в препуциальной зоне, имелись проявления в области устья уретры. В большинстве случаев патологический процесс был множественным. Размеры кондилом варьировали от мелких, точечных, с минимальной шероховатостью поверхности до малиноподобных образований с выраженными вегетациями. В число наблюдаемых входили лишь больные с кондиломами, размеры которых не превышали 0,5–0,7 см в диаметре. Из исследования исключались больные с эндоуртериальным расположением кондилом, которым рекомендовалось другое лечение.

Для проведения процедуры больному выдавалось 2–5 мл реагента и давались разъяснения по безопасному его использованию. Лечение остроконечных кондилом проводилось курсами от 5 до 10 дней, что зависело от размеров образований, их формы и локализации. С целью профилактики дерматитов и ожогов кожу вокруг кондилом защищали цинковой пастой или вазелином, а ряду больных с узкой и длинной крайней плотью кожу оттягивали к основанию полового члена и фиксировали ее полосками лейкопластыря, оставляя головку открытой. На поверхность кондилом с помощью тонкой палочки (спички) с накрученной ватой осторожно наносили 33 % спиртовой раствор резорцина. После первых аппликаций препарата и установления хорошей переносимости больные проводили последующие манипуляции самостоятельно, при этом следили, чтобы раствор не попадал на здоровые участки кожи. Нанесение раствора резорцина проводилось утром, в вечернее время перед отходом ко сну больные полностью смывали реагент с поверхности кожи.

Наблюдение за больными показало, что после нанесения раствора резорцина большинство пациентов ощущали кратковременное жжение и незначительные болезненные ощущения, но это в большей степени зависело от размеров кондилом и их локализации. При малых размерах образований обычно неприятные симптомы не отмечались. Уже на второй день после начала аппликаций кондиломы сморщивались, белели. Небольшие образования, как правило, на 3–5 день отпадали самостоятельно, при более крупных регрессирование происходило в последующие дни, некоторым больным проводилось легкое выскабливание остатков с помощью скальпеля или острой ложечки и обработка оставшихся эрозий йодом. Эрозии, возникающие на месте кондилом, обычно в течение нескольких дней эпителизовались. У 6 больных в местах изъязвлений сформировались в последующем поверхностные рубчики. Переносимость лечения у всех больных была хорошей. Каких-либо локальных аллергических реакций не отмечено. Наблюдение за больными в течение от 3 месяцев до 1 года выявило лишь один рецидив, который потребовал проведения повторного курса лечения.

Результаты работы указывают на высокую эффективность использования 33 % спиртового раствора резорцина в лечении остроконечных кондилом генитальной области. Метод относительно безопасен, может рекомендоваться при кондиломах небольших размеров и проводится в большинстве случаев больными самостоятельно.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Губрова, Б. А. Лечение наружных остроконечных кондилом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.11 / Б. А. Губрова. — М., 2004. — 24 с.
2. Иванова, М. А. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем в Российской Федерации: 2002–2004 годы / М. А. Иванова // Клин. дерматология и венерология. — 2005. — № 4. — С. 9–12.
3. Коколина, В. Ф. Эффективность комбинированного лазерного воздействия и противовирусной терапии в комплексном лечении аногенитальных кондилом у девочек / В. Ф. Коколина, Е. И. Харьбина, А. В. Картелишев // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2005. — № 4. — С. 49–51.
4. Котрехова, Л. П. Современные методы лечения остроконечных кондилом / Л. П. Котрехова, К. И. Разнотовский // Лечащий врач. — 2007. — № 9. — С. 28–30.
5. Опыт применения генферона и йодатирина в лечении рецидивирующих остроконечных кондилом / Н. В. Шперлинг [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 1. — С. 56–57.
6. Орлова, О. О. Комплексное лечение генитальных кондилом / О. О. Орлова, Е. А. Михнина // Фарматека. — 2004. — № 1. — С. 64–66.
7. Применение активатора противовирусного иммунитета в комплексной терапии рецидивирующих остроконечных кондилом / Ю. Н. Перламутров [и др.] // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология. — 2003. — № 3. — С. 138–141.
8. Репродуктивное здоровье: в 2 т. / под ред. Л. Г. Кейта, Г. С. Бергера, Д. А. Эдельмана; пер с англ. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. Редкие инфекции. — С. 169–224.
9. Роговская, С. И. Вакцины против вируса папилломы человека: новые возможности профилактики цервикального рака / С. И. Роговская // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 15–20.