

*Папилломавирусная инфекция с позиций разных специальностей: материалы научно-практической конференции с международным участием (Гомель, 20-21 мая 2010 г.)// Приложение № 1 к № 1 (23) 2010 журнала «Проблемы здоровья и экологии». – С. 44-46.*

**В.Г.Панкратов**

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАНАВИРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

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 иммуностропные препараты могут включаться 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 ИССЛЕДОВАНИЯ

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, 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).

## ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основой 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. Восемь 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, мочеполовой хламидиоз – у 2, трихомониаз – у 2, хронический тонзиллит и гастродуоденит – у 1.

Внутривенные инъекции панавира 21 из 22 пациентов перенесли хорошо, а 1 пациентка после второй инъекции отмечала лёгкую 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 одной 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 у всех этих больных было проведено лечение местной

аппликацией солкодерма (у 7 больных однократно, у 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 идёт 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, которые были скорректированы в течение 1-3 месяцев после окончания лечения, что подтверждает ранее установленный факт иммуномодулирующего эффекта панавира [3, 4]. Общие анализы крови и мочи не обнаружили существенных отклонений от нормы как до, так и после лечения панавиром. Со стороны биохимического анализа 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 1 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 папилломавирусной 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 вирусо-выделения ВПЧ высокого онкогенного риска.

## Литература.

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

## Реферат

Панкратов В.Г.

Опыт использования панавира в лечении больных папилломавирусной инфекцией аногенитальной области

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

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.

## ЗАЯВКА

на участие в Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Папилломавирусная инфекция с позиции разных специальностей» 20-21 мая 2010 г., г. Гомель, Республика Беларусь

	На русском языке	На английском
<b>Фамилия</b>	<b>ПАНКРАТОВ</b>	PANCRATOV
<b>Имя</b>	Валентин	Valentin
<b>Отчество</b>	Гавриилович	Gavriilovitch
<b>Организация</b>	Белорусский государственный медицинский университет	Belarusian State Medical University
<b>Должность, учёная степень, учёное звание</b>	Доцент кафедры кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук	Dermatovenereology department Associate Professor, MD, PhD
<b>Название доклада, авторы</b>	Опыт использования панавира в лечении больных папилломавирусной инфекцией аногенитальной области	Experience of use of preparation panavir in treatment of papillomavirus infection of the anogenital region
<b>Предполагаемая форма участия</b>	Публикация без доклада	
Адрес для переписки, телефон	220015 г. Минск-15, а/я 289 +37529-767-28-30	
<b>E-mail</b>	panvalbel@mail.ru	
<b>Требуется ли гостиница</b>	нет	
<b>Дата</b>	06.03.2010 г.	
<b>Подпись</b>		