

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю., Кудрицкий Д.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. Кондиломатоз аногенитальной области характеризуется появлением у пациента опухолевидных образований в области промежности, анального канала, половых органах, вызванных преимущественно 6 и 11 типами папилломавируса человека (ПВЧ). Вирус поражает клетки-предшественники кератиноцитов в области базальной мембраны, репликация и выход вирусных частиц происходит в кератиноцитах, которые достигли терминальной стадии дифференцировки. Поэтому отсутствие у пациента экзофитных новообразований папилломавирусного генеза не свидетельствует об элиминации вируса. Высокая распространенность заболевания среди молодого работоспособного населения развитых стран обуславливает социальную и медицинскую важность патологии.

Цель. Оценка клинической эффективности комбинированного метода лечения остроконечных кондилом с применением лазерного излучения.

Материалы и методы. Проведено многоцентровое исследования результатов лечения пациентов с аногенитальными кондиломами в условиях 4-х клинических учреждений Республики Беларусь. Пациентам первой группы (группа А, 30 человек) была выполнена лазерная деструкция новообразований, пациентам второй группы (группа В, 30 человек) выполнялась электрохирургическое воздействие. Во втором (проспективном) исследовании приняли участие 60 пациентов с кондиломами перианальной области, которые были также распределены на две группы методом простой рандомизации. Пациентам группы С (30 человек) выполнена лазерная деструкция новообразований, пациентам группы D (30 человек) – электрохирургическая. Вмешательства производились под местной инфильтрационной анестезией. Для лазерной деструкции использовали двухволновую лазерную хирургическую систему Mediola Compact инструментом Mediola Colibri. Применяли излучение с длиной волны 1,56 мкм, мощностью 10 Вт в непрерывном режиме. Для электрохирургической деструкции использовали электрохирургический аппарат «Valleylab» в режиме монополярной коагуляции мощностью 25 Вт. Пациентам в группах С и D в предоперационном периоде назначали рекомбинантный человеческий интерферон $\alpha 2b$ в дозе 1000000 Ед. ректально 2 раза в день в течение 10 дней (лекарственное средство Генферон). Пациентам группы С в послеоперационном периоде назначали имиквимод в виде 5% крема местно после эпителизации ран 3 раза в неделю в течении 4-х недель (лекарственное средство «Алдара»). Анализировались частота и сроки прогрессирования заболевания, скорость эпителизации ожоговых кожных ран. Осмотры

пациентов в послеоперационном периоде проводились через 3, 6, 12 и 24 месяца.

Результаты и обсуждение. При анализе данных, полученных в ходе ретроспективного этапа исследования, установлено, что прогрессирование заболевания после хирургического лечения с использованием источников «высокой энергии» без сопутствующей иммунокоррекции наблюдалось в 41% случаев в течение двух лет. После лазерной деструкции отмечалась более высокая скорость эпителизации кожной раны (ANOVA, $p=0,00001$) и меньшее число рецидивов заболевания в ближайшие два года наблюдения (Pearson's chisquare test, $\chi^2 = 4,89$; $p=0,0270$). Вместе с тем, применение только методов физического воздействия привело к большему числу рецидивов (на 27%) в сравнении с комплексным подходом, при котором лазерная и электрохирургическая деструкция дополнены иммуномодулирующим и противовирусным лечением в виде применения человеческого рекомбинантного интерферона $\alpha 2b$ и препарата имиквимод (Cochran Q-test, $Q=9,591549$, $p = 0,022378$). Сравнение временных параметров наступления рецидива или прогрессирования заболевания у пациентов всех четырех групп исследования выявило, что в течение двухлетнего периода в группе С, где выполнялась лазерная вапоризация с иммуномодулирующей терапией, временной интервал без прогрессирования заболевания был значительно больше, чем в других группах (Kaplan-Meiertest, $p=0,01528$). Эпителизация ран наступала достоверно раньше у пациентов в тех группах, где выполнялась лазерная деструкция кондилом (группа А – 2,62 недели, группа С – 3,73 недели), чем у пациентов, которым выполнялась электрокоагуляция кондилом (группа В – 5,17 недель, группа D – 4,73 недели, ANOVA, $p=0,00001$).

Выводы. Результаты исследований позволяют утверждать, что использование лазерного излучения длиной волны 1560 Нм в качестве источника физической деструкции аногенитальных остроконечных кондилом имеет ряд преимуществ перед электрокоагуляционным воздействием: отмечен более низкий риск развития рецидива, меньшие сроки наступления эпителизации раны. Однако, наличие субклинических и стертых форм заболевания, требует применения комплексного подхода с использованием иммуномодулирующей и противовирусной терапии. Применение человеческого рекомбинантного интерферона $\alpha 2b$ и местное использование препарата имиквимод эффективно дополняет физический метод лазерной деструкции кондилом, что позволяет достоверно снижать количество случаев рецидивирования заболевания.