

## Опыт применения иммуномодулятора Иммуномакс при лечении папилломавирусной инфекции

А.Г. Новиков, З.В. Логунова, Н.Н.Потекаев

Кожно-венерологический диспансер № 4, Москва,  
Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

В последние годы как у нас в стране, так и за рубежом растет заболеваемость папилломавирусной инфекцией (ПВИ). Так, если в 1993 г. в России был зарегистрирован 26 231 больной (17,8 на 100 000 населения), то в 1999 г. уже 37272 (25,6 на 100000).

Проблема диагностики и лечения ПВИ привлекает внимание врачей различных специальностей: дерматологов, гинекологов, урологов, онкологов, патоморфологов, иммунологов, вирусологов. Это объясняется высокой контагиозностью и имеющейся тенденцией к росту частоты данного заболевания, а также способности некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ПВЧ) инициировать злокачественные процессы. Последние, большей частью, касаются генитальных проявлений папилломавирусной инфекции.

ПВЧ, относящийся к подгруппе А семейства *Papoviridae*, является эпителиотропным и обнаруживается в кожном покрове, слизистой оболочке рта, конъюнктиве глаз, пищеводе, бронхах, прямой кишке.

Папилломавирусы - это единственная группа вирусов, которые индуцируют образование опухолей в естественных условиях. В частности, способствуют перерождению папилломы в карциному. Способность к онкогенности ПВЧ резко возрастает у больных с иммунодепрессией.

В настоящее время описано более 60 типов папилломавирусов [1,2,7]. Следует отметить их ткане- и видоспецифичность. Различные типы ПВЧ связаны с различными видами поражений. Установлено, что с урогенитальной областью ассоциированы определенные типы ПВЧ. Выделяются следующие разновидности ВПЧ по степени онкологического риска:

– низкого онкологического риска 6,11, 42, 43, 44;

– среднего онкологического риска 31, 33, 35, 51, 52, 58;

– высокого онкологического риска 16,18, 36, 45.

Клинические проявления ПВЧ-инфекции гениталий отличаются большой вариабельностью. В настоящее время их подразделяют на остроконечные кондиломы, папиллярные разновидности кондилом (с выраженным экзофитным ростом), а также плоские и инвертированные (внутриэпителиальные) с эндофитным ростом. Свообразным вариантом остроконечных кондилом является бовеноидный папулез и гигантская кондилома Бушке-Левенштейна [1,5,9].

Инкубационный период колеблется от 1 до 12 месяцев (в среднем 3-6 месяцев) [2,3,6,9,12].

У мужчин, как и у женщин, доминирующим кофактором, способствующим развитию ВПЧ-инфекции, является сексуальная активность [9,12]. Возможно влияние количества сексуальных партнеров и частоты анальных актов, которые вызывают снижение местного иммунитета, уменьшая количество и нарушая функцию клеток Лангерганса [8,11,13].

Заболевание передается преимущественно половым и контактно - бытовым путем (с инфицированием сексуальных партнеров в 60%), при медицинских исследованиях, прохождении плода через инфицированные родовые пути [1,9,11,12]; ряд авторов указывают на возможность гематогенного пути распространения инфекции [1,9,12].

Наиболее часто у мужчин папилломы располагаются на головке полового члена, венечной борозде и внутреннем листке крайней плоти, реже вокруг наружного отверстия уретры и эндоуретрально; у гомосексуалистов в перианальной области. Частой локализацией у женщин являются большие и малые половые губы и перианальная область, реже - во

влагалище и у наружного отверстия уретры [1,3,5,6,9,12,14].

Учитывая тот факт, что до сих пор отсутствуют специфические противовирусные препараты и вакцины, действующие на ВПЧ, считается, что полного устранения вируса из организма достичь невозможно. Задача терапии - устранение клинических и субклинических форм ВПЧ-инфекции.

На сегодняшний день в арсенале практикующих врачей существует множество методов удаления аногенитальных бородавок. Эффективность их варьирует от 30 до 90%, но ни один из методов не является панацеей, так как частота рецидивов достаточно высока при любом способе лечения. Лечение должно быть строго индивидуальным: необходимо подбирать наиболее оптимальный метод в каждом конкретном случае, иногда включая пожелания самого пациента. Проблема рецидивов не зависит от выбора терапии. Рецидивы аногенитальных бородавок связаны чаще всего не с реинфекцией от полового партнера, а с реактивацией инфекции. Имеются три пути развития событий в отсутствие лечения: бородавки могут разрешаться самостоятельно, оставаться без изменений, прогрессировать.

При этом всегда нужно принимать во внимание возможность персистенции вируса при отсутствии каких-либо клинических проявлений.

Выбирая наиболее оптимальный метод в каждом конкретном случае, необходимо руководствоваться 4 основными характеристиками:

- эффективность при данной патологии;
- частота рецидивов после лечения;
- переносимость (минимум побочных эффектов);
- простота выполнения процедур.

Используемые методы лечения ПВИ можно подразделить на несколько основных групп:

- деструктивные методы (физические - хирургическое иссечение, электрохирургические методы, криотерапия, лазеротерапия; химические - азотная кислота, трихлоруксусная кислота, солкодерм);
- цитотоксические методы (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил);
- иммунологические методы (альфа-, бета, гамма - интерфероны);
- комбинированные методы (сочетанное применение различных методов) [1,11,12].

В последние годы широкое распространение получило использование иммуномодулирующих препаратов, которые обладают противовирусными и антипролиферативными свойствами. Наиболее перспективной считается комбинированная терапия, сочетающая местное

и системное лечение [4].

В настоящее время наиболее перспективным направлением в лечении вызванных ВПЧ поражений является применение нового иммуномодулирующего препарата **Иммуномакс**.

Активным компонентом препарата является кислый пептидогликан с молекулярной массой 1000-40000 кДа. Препарат получен из растений комплексом биотехнологических методов. Стерильный препарат Иммуномакс - лиофилизированный порошок по 200 ЕД во флаконах для инъекций выпускается ООО «Иммафарма». Иммуномакс усиливает иммунную защиту от вирусных и бактериальных инфекций. Его можно использовать для лечения аногенитальных бородавок в сочетании с любым из деструктивных методов. Больным проводят удаление кондилом и одновременно назначают внутримышечные инъекции Иммуномакса по 200 ЕД один раз в сутки на 1, 2, 3, 8, 9 и 10-й дни лечения.

Под нашим наблюдением находилось 12 пациентов - мужчины в возрасте от 19 до 65 лет, с клиническими проявлениями папилломавирусной инфекции. Продолжительность заболевания составляла от 1,5 до 18 лет. Предшествующая терапия проводилась у всех пациентов и включала использование различных деструктивных методов: лазерная деструкция у 4 больных (33,33 %), электрокоагуляция - 4 (33,33%), химическая деструкция - 3 (25%), криотерапия - 1 (8,33%). Всем пациентам проводилась ПЦР - диагностика на ПВЧ, во всех случаях ПВЧ были обнаружены. У 7 больных (58,33%) были выявлены высокоонкогенные типы ВПЧ - 16 и 18 типов, у 3 больных (25 %) были обнаружены ВПЧ среднего онкологического риска - 31,33 и 35 типов, у 2 больных (16,66 %) были обнаружены ВПЧ низкого онкологического риска - 6 и 11 типов. Кроме этого, всем больным до лечения проводили серологические исследования на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Результаты серологических тестов на сифилис и ВИЧ-инфекцию у всех больных были отрицательные. В одном случае было проведено патоморфологическое исследование в связи с нетипичной клинической картиной. Была отмечена следующая локализация кондилом: на коже головки полового члена, венечной борозды, внутреннем листке крайней плоти, внутренней поверхности бедра, вокруг наружного отверстия уретры.

Пациентам проводилось удаление кондилом методом химической и лазерной деструкции, с одновременным назначением внутримышечных инъекций Иммуномакса по 200 ЕД один раз в

сутки на 1,2,3,8,9 и 10-й дни лечения. Никаких побочных реакций на фоне приема Иммуномакса отмечено не было.

В течение 12 месяцев проводилось наблюдение за всеми пациентами. За этот период времени не было отмечено возникновение рецидивов.

Приводим **пример** наших наблюдений.

Больной А., 35 лет, с множественными разрастаниями веррукозного характера на внутренней поверхности правого бедра, которые существуют около 13 лет (рис. 1). Неоднократно проходил курсы лечения методами химической и криодеструкции - с временным эффектом. В биоптате найдены изменения, которые могут наблюдаться при папилломатозе, возможно, вирусного происхождения (рис. 2, 3). Больному было проведено лечение методом химической деструкции на фоне внутримышечных инъекций Иммуномакса по 200 ЕД на 1, 2, 3, 8, 9 и 10-й дни лечения. Инъекции проводились 1 раз в сутки, на

курс - 6 инъекций. Дважды проводилась ПЦР - диагностика на ПВЧ. До лечения - ПВЧ общий - обнаружен, при обследовании на группу ПВЧ высокоонкогенного типа реакция положительная, ПВЧ 16,18,31, 33, 35 типов - обнаружен, более тщательное обследование выявило ПВЧ 16 типа.

После проведения лечения вирус не определялся, и клинически наступило выздоровление (рис. 4). Нежелательных эффектов, связанных с применением Иммуномакса, не наблюдалось. Дальнейшее наблюдение пациента в течение 1 года не выявило возникновения рецидивов.

Таким образом, **Иммуномакс** оказывает выраженный противовирусный эффект и его можно рекомендовать к широкому применению в практике лечения ПВИ.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>



Рис. 1. Клиническая картина до лечения

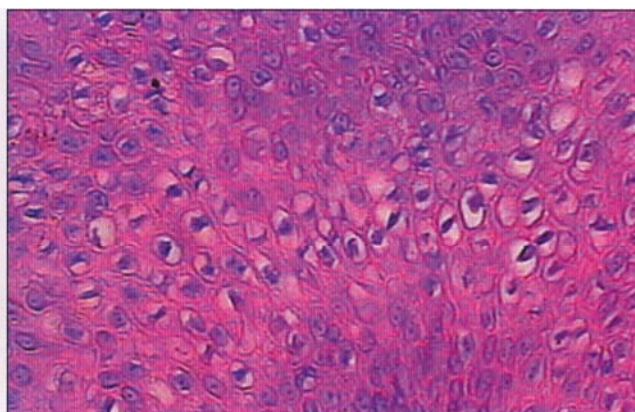


Рис. 3. Гистологическая картина биоптата

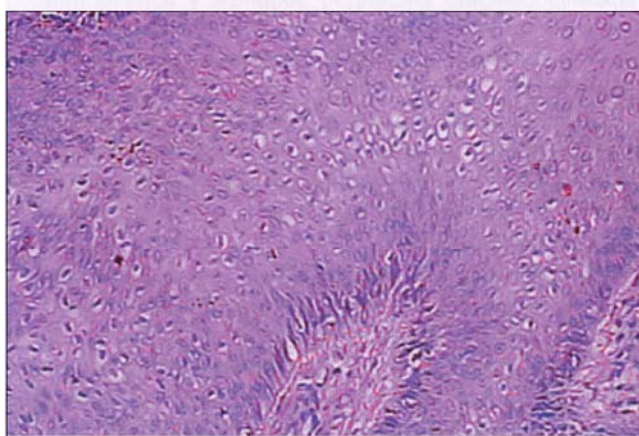


Рис. 2. Гистологическая картина биоптата



Рис. 4. Клиническая картина после лечения Иммуномаксом