



Е.Ю. Глухов, Е.И. Нефф

## ВНИМАНИЕ, ВСЁ НА ПОВЕРХНОСТИ!

Лечение кондиломатоза промежности  
и вульвы: комплексный подход

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens  
*profmedia*

2022

УДК 618.1  
ББК 57.15  
Г55

**Авторы:**

*Евгений Юрьевич Глухов*, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, главный врач ЦОГ «Женская клиника» (Екатеринбург); *Екатерина Игоревна Нефф*, канд. мед. наук, зам. главного врача той же клинки (Екатеринбург).

Г55 **Внимание, всё на поверхности! Лечение кондиломатоза промежности и вульвы: комплексный подход** : Информационный бюллетень / Е.Ю. Глухов, Е.И. Нефф. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2022. — 16 с.

ISBN 978-5-907218-65-9

В последние десятилетия в разных странах отмечен значительный рост распространённости кондиломатоза аногенитальной области у пациенток. Кондиломы могут как самостоятельными, так и сочетаться с клиническими формами папилломавирусной инфекции, а также с неоплазиями аногенитального тракта. Пик заболеваемости приходится на период максимальной сексуальной активности (18–30 лет). Иными словами, в особой группе риска оказываются женщины, от здоровья которых во многом зависит будущее поколений. Без должного врачебного внимания аногенитальные бородавки способны принести огромный вред не только инфицированным женщинам и их партнёрам, но и новорождённым. ВПЧ-инфицирование «преломляется» в широкий спектр онкозаболеваний, и устранение его проявлений визуальной локализации имеет не только косметическое, но и онкопрофилактическое значение.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов женских консультаций, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 618.1  
ББК 57.15

ISBN 978-5-907218-65-9

© Глухов Е.Ю., Нефф Е.И., 2022  
© ООО «Медиабюро Статус презенс», 2022

Насколько важно доктору быть внимательным и настороженным в тех ситуациях, когда пациентка не предъявляет конкретных жалоб? Ведь женщина не отмечает никаких «неполадок» в своём организме, а специалист **при визуальном осмотре не обнаруживает** подозрительных симптомов. Однако всегда стоит помнить, что нередко инфекционные или вирусные заболевания протекают **в скрытой форме** и при неблагоприятном стечении обстоятельств врачебное бездействие может привести к несвоевременным диагностике и лечению состояний, серьёзно угрожающих здоровью.

Гораздо легче обстоит дело с патологическими процессами, которые **видны невооружённым глазом**. Так, кондиломатоз аногенитальной области, особенно в уже запущенных формах (экзофитные разрастания и гигантские образования в области вульвы и влагалища), вряд ли останется незамеченным при осмотре. Впрочем, доктору важно обращать особое внимание и на **точечные высыпания**, которые **ошибочно** можно принять за раздражение или аллергическую реакцию на коже после бритья или выполнения косметологических процедур в «зоне бикини».

**К**ондиломатоз аногенитальной области у женщин проявляется эпителиально-фиброзными разрастаниями, локализованными на поверхности кожи и слизистых оболочках половых органов. В последние десятилетия в разных странах отмечен **значительный рост распространённости** этого патологического состояния, причём пик заболеваемости приходится на период **максимальной сексуальной активности** (18–30 лет). Иными словами, в особой группе риска оказываются женщины, от здоровья которых во многом зависит будущее поколений.

Особое опасение вызывает факт **высокого онкогенного потенциала** кондилом. Например, по приблизительным данным, частота рака вульвы и влагалища в Екатеринбурге составляет 0,1 на 10 тыс. женского населения старше 18 лет, однако официальные статистические формы акушерско-гинекологической службы не содержат данных о кондиломатозных поражениях вульвы и влагалища. Такой недоучёт связан с тем, что многие пациентки обращаются в частные клиники и косметологические кабинеты, и чёткую статистику по заболеванию собрать невозможно, хотя аногенитальные бородавки подлежат **обязательной регистрации** с заполнением формы №089-у/кв<sup>1</sup>.

## Прыщик, бородавка или опухоль?

Кондиломы аногенитальной области считают традиционными и часто диагностируемыми формами папилломавирусной инфекции (ПВИ). В Международной классификации болезней 10-го пересмотра кондиломатоз урогенитальной области относят к разделу А63: «Аногенитальные бородавки, вызываемые вирусом

папилломы человека (ВПЧ)». Это заболевание может быть как самостоятельным, так и сочетаться с клиническими формами ПВИ, а также с неоплазиями аногенитального тракта<sup>2</sup>.

Виды кондилом (рис. 1, А–Д).

- Остроконечные — возникают на коже или слизистой оболочке в паху, промежности и аногенитальной области в виде выростов, напоминающих «гребень петуха» или «цветную капусту».
- Опухолевидные — чаще появляются на слизистой оболочке влагалища и шейки матки.
- Папуловидные — образования, внешне похожие на пигментированные бородавки.
- Кератотические — кондиломы в виде возвышающихся над кожей или слизистой оболочкой пятен с ороговевающей поверхностью.

В числе возможных проявлений кондиломатоза аногенитальной области — неприятные ощущения, зуд и жжение в области вульвы, дискомфорт или боль при половом контакте, дизурические нарушения (частые болезненные мочеиспускания, жжение).

Как правило, заболевание протекает длительно, возможно присоединение вторичной инфекции, сопровождающейся признаками воспаления, отёчностью, кровоточивостью из образований. Всё это вызывает физический и психологический дискомфорт у женщин, поскольку многие переживают из-за косметического дефекта, препятствия нормальной половой жизни, невозможности иметь детей и повышения онкологического риска<sup>2</sup>.

Однако нередко пациентки **вовсе не предъявляют жалоб**, и мелкие кондиломы обнаруживают случайно при обращении к врачу по другим причинам, требующим дополнительных анализов и обследований<sup>2</sup>.

Существует несколько форм ПВИ в области вульвы и влагалища.

- Клиническая — видимые невооружённым глазом (экзофитные кондиломы — остроконечные, опухолевидные, папуловидные и др.).
- Субклиническая — невидимые невооружённым глазом образования, бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии или цитологическом, гистологическом исследовании (плоские кондиломы, малые формы, инвертируемые кондиломы с локализацией в криптах, кондиломатозный цервицит, вагинит).
- Латентная — выявляют только с помощью молекулярно-биологических методов диагностики (обнаружение ДНК ВПЧ).

Перед назначением лечения важно предварительно выяснять у пациенток, назначали ли им какую-либо терапию, чтобы не рекомендовать им повторно те методы, которые оказались малоэффективными. Для диагностики генитальных кондилом чаще всего применяют визуальную оценку и кольпо/вульвоскопию. При рецидивирующих и трудно поддающихся лечению кондиломах и в зависимости от локализации возможно выполнение **уретроскопии или аноскопии**, а также биопсии (при пигментированных и атипичных образованиях, рецидивирующих кондиломах, трудностях диагностики, язвах, некрозе)<sup>2</sup>. При обнаружении кондилом на наружных половых органах врач обязан **обследовать женщину на ВПЧ и инфекции**, передаваемые половым путём (ИППП), взять у неё цитологический мазок.



Рис. 1. Кондиломатоз вульвы. А — высыпания в виде отдельных папул; Б — мелкие кондиломы больших половых губ и перианальной области; В — остроконечные кондиломы; Г — кондиломы Бушке—Левенштейна с ороговеванием; Д — гигантские кондиломы Бушке—Левенштейна.



## От хирургии до фармакотерапии

Выбор метода лечения при кондиломатозе аногенитальной области зависит от морфологии, размеров, количества и локализации высыпаний, возраста женщины, наличия беременности<sup>2</sup>.

При ведении больных с кондиломатозом вульвы и влагалища применяют химические и физические деструктивные методы, местные средства и системную лекарственную терапию — назначение неспецифических противовирусных и иммуномодулирующих препаратов, а также сочетание различных видов лечения.

Терапию кондиломатоза вульвы и влагалища можно считать успешной, если удалось ликвидировать клинические проявления, предупредить развитие осложнений, уменьшить количество рецидивов или вовсе их исключить и улучшить качество жизни пациенток. Следует отметить, что интенсивный рост папиллом, рецидивы и прогрессирование заболевания **требуют радикального вмешательства**<sup>3</sup>.

Если на вульве обнаружены образования различной площади, целесообразно отправить на **обследование партнёра** женщины: отсутствие на половых органах мужчины кондилом вовсе не говорит о том, что у него нет поражения какой-либо другой области (например, прямой кишки). При обнаружении крупных кондилом необходимо выполнить вульвоскопию и прицельную биопсию — эти исследования позволяют **исключить злокачественные поражения** вульвы и влагалища. Если гистологический результат настораживает специалиста, женщину направляют к онкологу.

Для лечения аногенитальных бородавок применяют **деструктивные методы терапии**, выбирая варианты ликвидации образований в зависимости от количества элементов и площади поражения.

В первые дни после деструкции пациентке назначают препараты, способствующие **быстрому и качественному заживлению** раневой поверхности (обезболивающие, противовирусные, иммуномодулирующие и репаративные). Возможно использование кавитированных растворов антисептиков. В последующие недели по показаниям применяют системную иммуномодулирующую и противовирусную терапию.

После курса лечения переходят к **реабилитации**. После успешной эпителизации часто нужны меры по **восстановлению микробиоценоза влагалища** (лактобактериальной биоты) и рН вагинальной среды, с этой целью используют пероральные и локальные пробиотики. Обязательно **динамическое наблюдение** 1 раз в 6 мес, в рамках которого выполняют осмотр, вульвоскопию, расширенную кольпоскопию, по показаниям — цитологическое исследование и прицельную биопсию, а также ВПЧ-тестирование. Если необходимо, назначают симптоматическую терапию.

При рецидивировании клинических проявлений заболевания профильным гайдлайном рекомендована **повторная деструкция** аногенитальных бородавок на фоне назначения интерферонов и прочих противовирусных препаратов.

[ Терапию кондиломатоза вульвы и влагалища можно считать успешной, если удалось ликвидировать клинические проявления, предупредить развитие осложнений, уменьшить количество рецидивов или вовсе их исключить и улучшить качество жизни пациенток. ]

# Вирус, прочь!

Отношение врачей к иммунотерапии всегда было **непростым и неоднозначным**: некоторые специалисты убеждены, что назначение подобных средств — лишняя трата времени и денег. Причина проста: многие из них мало изучены и не обладают мощной доказательной базой, позволяющей рекомендовать их женщинам с генитальными инфекциями. Однако, как показывает практика, при лечении **тяжёлых рецидивирующих процессов**, вызванных ВПЧ, без иммуномодулирующих препаратов не обойтись. Тем более есть доказательства, что их использование — не рекламный ход и они действительно помогают ускорить выздоровление пациентов.

В комплексной терапии заболеваний, вызванных ВПЧ, с успехом применяют **иммуномодулирующие средства с противовирусным действием**. Одно из них — инозин пранобекс (в России его выпускают под торговым наименованием «Гроприносин»), представляющий собой производное аденозина. Препарат был запатентован в США в 1971 году и с тех пор хорошо зарекомендовал себя, в частности, для лечения **урогенитальных и перианальных кондилом**.

Впервые о возможности его использования при таких заболеваниях заявили британские коллеги в 1986 году: в своей работе они наблюдали 165 женщин и доказали, что комбинированный режим терапии эффективен у 95% из них<sup>4</sup>. Другое исследование, проведённое в Великобритании, свидетельствует об успехе комбинированной терапии аногенитальных кондилом у 83% участниц<sup>5</sup>. В дальнейшем в других зарубежных и отечественных наблюдениях были получены аналогичные данные<sup>6–8</sup>, и они продолжают накапливаться.

Применение инозина пранобекса показывает результаты и **после деструктивного лечения** уrogenитальных кондилом. Так, в одной из работ использовали две схемы терапии: одной группе пациентов дополнительно назначали инозин пранобекс в течение 10 дней, а другой — только деструкцию поражённых тканей. В итоге комплексная терапия обеспечила отторжение струпа у 95% участников первой группы и полную эпителизацию за 7–14 дней — у 90%, а **рецидивы отсутствовали у всех**, тогда как во второй группе эти показатели составили 80% и более 2 нед соответственно, рецидивов не было только у 80% наблюдаемых<sup>9</sup>.

Инозин пранобекс — синтетический аналог эндогенного инозина, обладающий всеми терапевтическими свойствами оригинала.

- Обеспечивает **противовоспалительный** эффект.
- Ингибирует секрецию провоспалительных цитокинов (в том числе фактора некроза опухоли и интерлейкина).
- Угнетает продукцию супероксидных радикалов стимулированными нейтрофилами.
- **Блокирует размножение** вирусных частиц путём повреждения генетического аппарата.
- Влияет на иммунитет, **стимулируя активность макрофагов** и пролиферацию лимфоцитов.

Все эти свойства способствуют **уменьшению клинических проявлений** вирусных заболеваний, ускорению реконвалесценции, повышению резистентности организма<sup>10</sup>. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что применение этого вещества при доброкачественных заболеваниях шейки матки как в монорежиме, так и в комбинации с хирургическим лечением позволяет **ускорить элиминацию вируса** и уменьшить частоту рецидивов<sup>11–13</sup>.

При назначении медикамента важно учитывать противопоказания. В частности, его приём не рекомендован при аритмии, подагре, мочекаменной болезни, почечной и печёночной недостаточности, в период беременности и лактации, при повышенной чувствительности к инозину пранобексу и другим компонентам.

Существует несколько схем лечения с использованием лекарственного препарата «Гроприносин»<sup>10</sup>.

- При ПВИ: по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 14–28 дней в качестве монотерапии.
- При рецидивирующих остроконечных кондиломах: по 2 таблетки 3 раза в день в качестве монотерапии или в комбинации с хирургическим лечением. Назначают три курса по 14–28 дней с интервалом 1 мес.
- При дисплазии шейки матки, ассоциированной с ПВИ: по 2 таблетки 3 раза в день в течение 10 дней — три курса с интервалом 10–14 дней.

## Выбор есть всегда!

Для радикального лечения кондиломатоза используют разные методы — аргонноплазменную коагуляцию, криодеструкцию, лекарственную деструкцию, радиоволновую эксцизию и аблацию, лазерную вапоризацию и др.

Прежде чем взяться за удаление основной массы кондилом, важно провести тщательную диагностику. Перед принятием решения об удалении крупных кондилом необходимо **обязательно** выполнить биопсию образований для морфологического подтверждения их доброкачественного характера. Если же в биоптате **обнаружены раковые клетки**, то вести пациентку должен онколог. Злокачественное поражение предполагает совсем другой объём медицинских вмешательств — вульвэктомию, лучевую терапию и т.д.

**Широкополосная радиоволновая хирургия** — использование электрохирургических аппаратов, генерирующих электромагнитные волны высокой частоты. Этот современный метод терапии кондиломатоза вульвы и влагалища позволяет качественно взять материал для гистологического исследования и коагулировать мелкие сосуды одновременно с рассечением тканей, что обеспечивает практически **бескровное операционное поле**. В числе других преимуществ — быстрота выполнения оперативного вмешательства и стерилизующий эффект радиоволны. Кроме того, при правильном использовании инструментов и режимов **боль, отёк и инфильтрация** в послеоперационном периоде **минимальны**, а заживление раны происходит без грубого рубцевания (рис. 2, А–Г)<sup>14</sup>.





Рис. 2. Кондиломатоз вульвы у пациентки. А — до операции; Б — после операции; В — через 1 мес после операции; Г — через 1 год после операции.

**Аргонплазменная коагуляция** — вид радиоволнового бесконтактного воздействия на биологическую ткань в среде инертного газа аргона образующимся факелом «холодной» аргонной плазмы. Метод обеспечивает **бесконтактную коагуляцию**, отсутствие налипания ткани на электрод, позволяет контролировать глубину воздействия на ткань (не более 3 мм) и термически воздействовать непосредственно на микробных агентов. Энергия тока вызывает нагрев и поверхностную коагуляцию (девитализацию) тканей, при этом за счёт активации репарации и глубокого прогрева тканей (10–15 мм) раневая поверхность **быстро заживает**. Аргон бережно воздействует на ткани, поэтому грубого рубцевания после использований этой технологии не будет, что даёт возможность применять метод в том числе у нерожавших пациенток. Однако процедура **достаточно болезненная**, в связи с чем перед выполнением требуется применение инфильтрационной анестезии.

**Лазерная вапоризация** — метод выбора для удаления множественных кондилом преддверия влагалища. Поскольку лазер выпаривает ткань, это сопровождается обильным дымообразованием, поэтому при работе необходимо **использовать дымоэвакуатор**. Не следует стремиться к удалению всех кондилом сразу, важно, чтобы вмешательство не сильно повлияло на качество жизни пациентки. В связи с этим имеет смысл сначала убрать большие образования, назначить курс иммуномодуляторов и после этого провести ещё одну процедуру удаления.

**Применение CO<sub>2</sub>-лазера** — вариант лечения при мелких единичных кондиломах промежности (рис. 3). Для обезболивания поверхности достаточно аппликационной анестезии (обработка кремом с лидокаином за 20–30 мин до манипуляции).

Мелкие кондиломы вульвы, на больших и малых половых губах, а также в периаанальной области можно удалять с помощью петлевой эксцизии в режиме монополярного резания. Для работы используют петлю малого диаметра (проволока 0,2 мм), что позволяет аккуратно и бережно убрать образования, не травмируя подлежащие ткани и **не нарушая архитектонику** наружных половых органов. Для обезболевания также подходит инфильтрационная анестезия. Удалённый материал отправляют на гистологическое исследование.

При выполнении радиохирургических манипуляций важно **не пережечь окружающие ткани** — при сильном ожоге в дальнейшем возможны обильная экссудация, огромная раневая поверхность и развитие осложнений в виде присоединения вторичной инфекции. Необходимо неторопливое и бережное удаление кондилом **с понятной глубиной проникновения** в ткани. Если при манипуляции травмируется питающий сосуд, используют точечную коагуляцию электродом-шариком — это обеспечит хорошее заживление в послеоперационном периоде. После начинают аргоноплазменную абляцию ложа удалённых образований, чтобы выровнять раневую поверхность, усилить репарацию кожи, убрать мелкие кондиломы, оставшиеся незамеченными. Аргонная плазма обладает антибактериальными свойствами и позволяет улучшить косметический эффект после процедуры, не вызывает активной экссудации раневой поверхности, после её применения ткани хорошо заживают.

Поскольку при удалении кондиломатозных образований с помощью электрохирургических технологий в воздух попадает огромное количество вирусов, при работе необходимо использовать средства индивидуальной защиты — маску, щиток, защитные очки и обязательно дымоэвакуатор.

В послеоперационном периоде пациентки нуждаются в наблюдении, поскольку наружные половые органы, промежность, периаанальная зона — локации **с повышенным риском инфицирования**. На эти поверхности попадает моча, остатки каловых масс. При такой обширной зоне поражения проблемно обеспе-



Рис. 3. Использование CO<sub>2</sub>-лазера для удаления мелких кондилом влагалища.

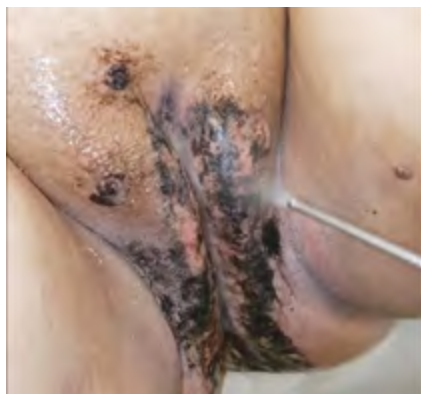


Рис. 4. Послеоперационная реабилитация с использованием кавитированных растворов антисептиков.

чить качественный уход за ранами, поэтому и используют комплексный подход. Травмированную область можно обрабатывать с помощью ультразвуковой кавитации и присушивать раствором перманганата калия.

Аргументы для выбора кавитации при хирургическом лечении кондиломатоза вульвы (до и после операции)<sup>15</sup>.

- Полноценное очищение тканей от бактериальных плёнок, гнойного и патологического налёта (как до, так и после вмешательства), особенно если площадь поражения кондиломами большая или есть присоединение вторичной инфекции. Обычные гигиенические процедуры не позволяют полноценно очистить зону поражения, а ультразвук легко справляется с этой задачей.
- Снижение микробной обсеменённости тканей, уменьшение всасывания токсинов.
- Более глубокое проникновение в ткани лекарственных растворов (иммуномодулирующих, противовирусных) под действием ультразвукового импульса.
- Улучшение микроциркуляции в результате миоромассажа тканей и, как следствие, активизация репаративных процессов.
- До- и послеоперационная обработка кавитированными растворами значительно уменьшает риски вторичного инфицирования раны (рис. 4).

Пациенткам назначают антибактериальную терапию, обезболивающие и симптоматические препараты. После такого обширного вмешательства женщин оставляют в стационаре в течение 2–3 дней.

## С особой осторожностью!

Беременные с кондиломатозом влагалища всё чаще встречаются в практике акушеров-гинекологов. Рост распространённости этого состояния в гравидарном периоде связан со значительными гормональными изменениями в организме будущей матери, что влечёт за собой **интенсивную васкуляризацию**. Кроме того, метаболизм в тканях происходит активнее, меняется состав вагинальной микрофлоры и снижаются компенсаторные возможности иммунной системы. Все эти факторы могут способствовать **активному росту кондилом** и усугублению субклинических форм инфекции (рис. 5)<sup>2</sup>.

Для подтверждения диагноза будущим матерям назначают различные лабораторные исследования.

- Молекулярно-биологические методы диагностики: полимеразная цепная реакция (в реальном времени с использованием гибридной ловушки) или ВПЧ-тест с типированием онкогенных и неонкогенных типов.



Рис. 5. Кондиломатоз вульвы у беременной на сроке 14 нед.

- Цитологическое исследование — у всех пациенток, учитывая, что ВПЧ вызывает цервикальную интраэпителиальную неоплазию.
- Гистологическое исследование биопсийного материала — при подозрении на малигнизацию.

Перед планируемым удалением кондилом необходимо обследовать женщину для **исключения возможных осложнений**, протекающих на фоне беременности (угрозы прерывания, преэклампсии и др.). При наличии воспалительной реакции (по результатам мазка) в целях минимизации риска вторичного инфицирования следует провести **предоперационную обработку** с использованием низкочастотного ультразвука.

Ведение беременных пациенток с кондиломатозом имеет **ряд особенностей**.

- Лечение должен осуществлять акушер-гинеколог, хорошо владеющий современными методиками.
- Необходимо избегать излишне агрессивных, необоснованных деструктивных методов терапии при минимальных проявлениях ПВИ<sup>2</sup>.
- Удаление экзофитных кондилом предпочтительнее с помощью наиболее эффективных методов, а именно лазерного и радиоволнового оборудования с возможностью аргоноплазменной коагуляции (рис. 6, А–Е).
- Операции выполняют, как правило, в стационаре под внутривенной анестезией, причём при обширном поражении вмешательство планируют **в несколько этапов**.

[ При удалении кондилом у беременных важно применять малотравматичные методики. После операции женщина должна оставаться в стационаре. Нужно установить мочевого катетер, чтобы моча не попадала на раневую поверхность и не было риска инфицирования. ]

Во время беременности удаляют **только наружные кондиломы**, а образования во влагалище и на шейке матки лучше не трогать, поскольку их травматизация связана с повышенным риском кровотечения и угрозой прерывания беременности. Как показывает практика, мелкие кондиломы, особенно во влагалище, после родов самостоятельно регрессируют.

Эпителлизация раневой поверхности у будущих матерей происходит достаточно быстро, однако за счёт усиления кровообращения в генитальной области при этом выше риск интраоперационного кровотечения. Удалять кондиломы возможно с раннего срока **до 36 нед** (рис. 7, А–Г).

ВПЧ может представлять риск инфицирования будущего ребёнка и возникновения у него **папилломатоза гортани**. Исследования не подтверждают, что у 100% женщин с вирусносительством происходит заражение плода. Тем не менее такая вероятность существует, поэтому новообразования лучше удалить.

Решение о необходимости родоразрешения путём кесарева сечения у женщин с кондиломатозом принимают индивидуально. **Предпочтительно рожать самостоятельно**, даже несмотря на наличие образований в области наружных или внутренних половых органов, поскольку оперативное лечение не исключает риска инфицирования плода. **Кесарево сечение** выполняют при наличии **обширного**

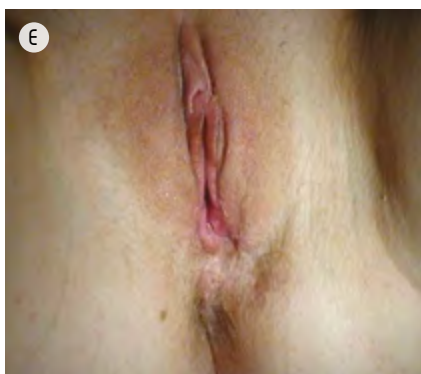
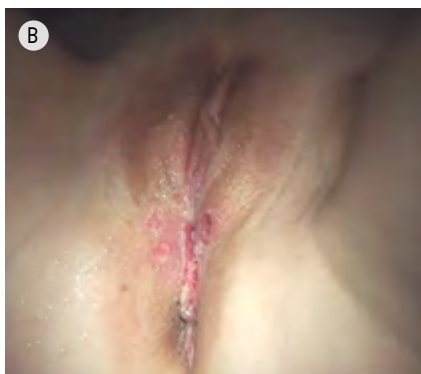


Рис. 6. Радиоволновая эксцизия в сочетании с аргонплазменной абляцией для удаления кондиломы промежности и вульвы. А — кондиломы промежности и вульвы у пациентки (беременность 23 нед); Б — результат лечения на 3-й день после операции; В — результат лечения на 10-е сутки после операции; Г — результат лечения через 1 мес после операции (беременность 27 нед); Д — состояние перед родами; Е — состояние через 1 год после родов (в родах выполнили эпизиотомию).





Рис. 7. Кондиломатоз вульвы и перианальной области. А — вид до операции, беременность 23 нед; Б — после аргоноплазменной абляции в сочетании с радиоволновым иссечением; В — результат лечения кондиломатоза вульвы при беременности через 1 мес после 2-го этапа (32 нед); Г — вид вульвы на 2-е сутки после родов.

**кондиломатоза** наружных половых органов, когда это препятствует родам через естественные родовые пути, или по совокупности с другими показаниями.

При удалении кондилом в гравидарном периоде важно применять малотравматичные методики. После вмешательства женщина должна оставаться в стационаре под наблюдением врача. Необходима **установка мочевого катетера**, чтобы моча не попадала на раневую поверхность и не было риска инфицирования.

## Собственные наблюдения

Авторы издания провели несколько работ, посвящённых изучению кондиломатоза аногенитальной зоны. В одной из них приняли участие 157 пациенток с этим заболеванием (рис. 8).

- У 35 пациенток (22,3%) выявлены ВПЧ 16-го и 18-го онкогенных типов.
- 115 участниц (73,2%) имели в анамнезе инфекции половых путей.
- 11 пациенток были беременны (срок 22–28 нед).

По локализации у 116 пациенток (74%) кондиломы обнаружили **на половых губах**, у 96 (61%) — **в преддверии влагалища**, у 88 (56,7%) — **в перианальной области**, реже на стенках влагалища и на слизистой оболочке шейки матки — у 14 (9%) и у девяти (5,7%) соответственно.

Площадь поражения в основном (у 112 больных — 73,3%) составляла **5–10 см<sup>2</sup>**, хотя у 23 (14,6%) встречали крупные поражения — более 10 см<sup>2</sup>, причём у семи из них (4,5%) — **гигантские кондиломы Бушке–Левенштейна** (рис. 9, А–Е).

В числе клинических проявлений у всех женщин выявляли высыпания в виде отдельных папул, у 126 (80,3%) — в виде «цветной капусты». При разрастании образований до крупных размеров они травмируются при движении, трении с одеждой, в связи с чем на них появляются **трещины, которые кровоточат**, — о таких признаках рассказали 20 пациенток (12,7%), ещё 12 (8,2%) заявили о болевых ощущениях. Присоединение вторичной инфекции, сопровождающейся резким запахом, отметили у трёх участниц (1,9%).

Более половины больных (53,5%) предъявляли жалобы на **обильные выделения** из половых путей белого цвета, иногда с запахом, 67,5% — на зуд и жжение в области входа во влагалище и промежности, 29,5% — на диспареунию, 5,7% — на дисурические расстройства. Абсолютно все женщины отметили, что испытывали **психологический дискомфорт** — тревогу, чувство вины, снижение самооценки, беспокойство.

В другом исследовании наблюдали 14 пациенток с кондиломатозом вульвы и влагалища при беременности. Заболевание в анамнезе было у 12 женщин (85,7%). После медикаментозной терапии, аргоноплазменной коагуляции или криодеструкции у них возник рецидив. У 11 участниц (78,5%) выявили кондиломы больших размеров или с площадью поражения более 15 см<sup>2</sup>, у десяти (71,5%) — онкогенные типы ВПЧ (16-й, 18-й). Все будущие матери заявляли о ярких клинических проявлениях — зуде, жжении, патологических выделениях из половых путей. Средний срок беременности составил **24,5 нед** (22–28 нед), при этом 12 пациенток (85,7%) родоразрешили через естественные родовые пути. Рецидив в течение 1 года случился у одной женщины (7,2%) с синдромом первичного иммунодефицита в 4-й стадии (рис. 10, А, Б).



Рис. 8. Кондиломатоз вульвы у пациентки.

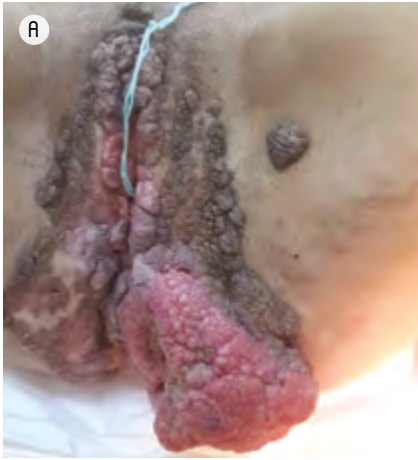


Рис. 9. Гигантские кондиломы Бушке–Левенштейна у пациентки. А — при обнаружении; Б, В — через 1 мес после операции; Г, Д, Е — рецидив через 6 мес после операции.





Рис. 1Ф. Гигантская кондилома перианальной области на фоне ВИЧ-инфекции у пациентки (беременность 27 нед). А — вид до операции; Б — вид через 3 дня после операции.

Всем больным провели хирургическое лечение с использованием радиоволновых энергий. Сроки **полной эпителизации** послеоперационной раны составили **22,5 дня** (14–29 дней). Болевой синдром в послеоперационном периоде, потребовавший назначения анальгетиков, возник у четырёх участниц (28,6%).



Аногенитальные бородавки, вероятно, самая «незарегистрированная» и **неоценённая ИППП**. Тем не менее без должного врачебного внимания они способны принести огромный вред не только инфицированным женщинам и их партнёрам, но и новорождённым. ВПЧ-инфицирование «преломляется» в широкий спектр онкозаболеваний, и устранение его проявлений визуальной локализации имеет не только косметическое, но и онкопрофилактическое значение. **SP**



Наведите камеру смартфона на **QR-код** для просмотра видеолекции о кондиломатозе аногенитальной области



Подписывайтесь на образовательный телеграм-канал проф. Е.Ю. Глухова

# Литература

1. «О форме №089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»: Письмо Министерства здравоохранения РФ №13-2/25 от 2 марта 2015 года.
2. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: Руководство для практикующих врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. М.: Издательство журнала StatusPraesens, 2016. 832 с.
3. Аногенитальные (венерические) бородавки: Клинические рекомендации. 2021. 38 с.
4. Mohanty K.C., Scott C.S. Immunotherapy of genital warts with inosine pranobex (Imunovir): preliminary study // *Genitourin. Med.* 1986. Vol. 62. №5. P. 352–355. [PMID: 2429908]
5. Davidson-Parker J., Dinsmore W., Khan M.H. et al. Immunotherapy of genital warts with inosine pranobex and conventional treatment: double blind placebo controlled study // *Genitourin. Med.* 1988. Vol. 64. №6. P. 383–386. [PMID: 2465265]
6. Tay S.K. Efficacy of inosine pranobex oral therapy in subclinical human papillomavirus infection of the vulva: a randomized double-blinded placebo controlled study // *Int. J. STD. AIDS.* 1996. Vol. 7. №4. P. 276–280. [PMID: 8876359]
7. Georgala S., Katoulis A.C., Befon A. et al. Oral inosiplex in the treatment of cervical condylomata acuminata: a randomised placebo-controlled trial // *VJOG.* 2006. Vol. 113. №9. P. 1088–1091. [PMID: 16956341]
8. Сергеев Ю.В., Малышев В.С., Сергеев А.Ю. Изопринозин в терапии больных atopическим дерматитом // *Имунопатология. Инфектология. Аллергология.* 1999. № 1. С. 53–57.
9. Кузнецова Ю.Н., Зильберберг Н.В. Эффективность комплексной терапии манифестных проявлений папилломавирусной инфекции урогенитального тракта // *Клиническая дерматология и венерология.* 2010. №5. С. 62–66.
10. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Гроприносин». — URL: [https://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=ac855470-1a24-4118-ae0a-0dc176363ac5](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=ac855470-1a24-4118-ae0a-0dc176363ac5).
11. Kovachev S.M. A Review on Inosine Pranobex Immunotherapy for Cervical HPV-Positive Patients // *Infect. Drug. Resist.* 2021. Vol. 14. P. 2039–2049. [PMID: 34103950]
12. Kovachev S.M. Immunotherapy in patients with local HPV infection and high-grade squamous intraepithelial lesion following uterine cervical conization // *Immunopharmacol. Immunotoxicol.* 2020. Vol. 42. №4. P. 314–318. [PMID: 32429720]
13. Fedorova U.V., Syzon O.O., Dashko M.O.6 Voznyak I.Y. Complex treatment the patients with psoriasis and concomitant activated herpes virus infection, types 1, 2 // *Wiad. Lek.* 2020. Vol. 73. №9 cz. 2. P. 1968–1972. [PMID: 33148842]
14. Радиоволна и аргоновая плазма в практике акушер-гинеколога / Под ред. В.Е. Радзинского и Е.Ю. Глухова. М.: Издательство журнала StatusPraesens, 2016. — 216 с.
15. Кавитированные растворы в репродуктивной медицине / Под ред. В.Е. Радзинского и Е.Ю. Глухова. М.: Издательство журнала StatusPraesens, 2017. 344 с.

*Научно-практическое издание*

Глухов Евгений Юрьевич, Нефф Екатерина Игоревна

## **ВНИМАНИЕ, ВСЁ НА ПОВЕРХНОСТИ!**

**Лечение кондиломатоза промежности и вульвы: комплексный подход**

Информационный бюллетень

Под редакцией **В.Е. Радзинского**

*Генеральный директор: Светлана Александровна Маклецова*

*Креативный директор: Виталий Кристал*

*Редакционный директор: Ольга Анатольевна Раевская*

*Ведущий ответственный редактор: Сергей Александрович Дьяконов*

*Ответственный редактор: Мила Мартынова*

*Ответственный секретарь: Алёна Митина*

*Арт-директор: Абдулатип Латипов*

*Препресс-директор: Нелли Демкова*

*Художественный директор: Лина Тавдумадзе*

*Выпускающий редактор: Дарья Шабалдина*

*Руководитель группы вёрстки: Юлия Скучоткина*

*Вёрстка: Галина Калинина, Елена Григорьева*

*Корректор: Елена Соседова*

*Дизайнеры: Абдулатип Латипов, Олег Зубрилин*

Подписано в печать 10.11.2022. Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1. Тираж 15 300 экз.

Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс»

105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1

Бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902

E-mail: [info@graesens.ru](mailto:info@graesens.ru); сайт: [graesens.ru](http://graesens.ru)

Группа ВКонтакте: [vk.com/graesens](https://vk.com/graesens)

Telegram-канал: [t.me./graesensaig](https://t.me/graesensaig)

Отпечатано в ООО «Полиграф-НН» (типография «Ридо»)

603074, г. Нижний Новгород, ул. Шаляпина, д. 2а

