



Рис. 5. Воспалительный процесс при ДГПЖ больших размеров

исследовании секрета ПЖ (или III порции мочи) по сравнению с частотой, подтвержденной гистологическими исследованиями (рис. 5). В расчет вошли пациенты, у которых при гистологическом исследовании выявлена значительная лимфогистиоцитарная инфильтрация).

Проведенные исследования показывают, что терапия аналогами LHRH при ДГПЖ больших размеров позволила в среднем на 25% сократить количество сосудов как венозного, так и артериального типа в единице объема железы и в среднем на 38,6% уменьшить диаметр сосудов артериального типа. Под действием аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона в 90% случаев уменьшается толщина стенки сосудов, а также развивается склероз последней.

Список литературы см. на сайте: www.rusvrach.ru.

LHRH ANALOGUE-INDUCED CHANGES IN PROSTATIC VESSELS

Professor **Yu. Alyaev**, Correspondent Member of the Russian Academy of Medical Sciences; Professor **V. Varshavsky**, MD; Professor **L. Rapoport**, MD; **D. Tsarichenko**, MD; **V. Bushuyev**,

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy, Moscow

The frequency of different forms of large-size benign prostate hyperplasia, including its concurrence with prostatic intraepithelial neoplasia, was determined in patients with benign prostatic hyperplasia. The use of a luteinizing hormone-releasing hormone analogue as preoperative preparation could reduce the number of vessels per unit volume of the gland by 25%, the diameter of arterial-type vessels by 38.6%, and the thickness of the vascular wall in 90% of cases.

Key words: vascular morphometry, prostatic hyperplasia, luteinizing hormone-releasing hormone analogues, LHRH, preoperative preparation.

из практики

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ И ГИГАНТСКИХ КОНДИЛОМ

В. Молочков¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Кладова¹, кандидат медицинских наук,
Е. Балюра², кандидат медицинских наук,
¹ММА им. И.М. Сеченова, ²МОНИКИ им М.Ф. Владимирского
E-mail: vlmolochkov@yandex.ru

Рассмотрена эффективность Индинола в комплексе с Вифероном в профилактике рецидивов генитальных бородавок: остроконечных кондилом (17 больных) и гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна (8 больных) после их удаления методами криодеструкции и электрокоагуляции. Рецидивы отсутствовали в каждом случае в сроки наблюдения от 4 мес до 2 лет.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, генитальные бородавки, Индинол, Виферон.

Папилломавирусная инфекция передается при тесном, в том числе половом, контакте и иногда через зараженные предметы [4–6].

Вирус папилломы человека (ВПЧ) инфицирует пролиферирующие эпителиальные клетки базального слоя эпидермиса через механические, бактериальные или другие микроразрывы или мацерированную кожу [13–16].

В большинстве случаев вызванные ВПЧ элементы являются доброкачественными, однако возможна их злокачественная трансформация [1, 12]. Озлокачествление чаще всего происходит на фоне иммуносупрессии (у реципиентов органного трансплантата, больных аутоиммунными заболеваниями и т.д.) [1, 8]. При ней ВПЧ-инфекция отличается более тяжелым течением, более крупными размерами высыпаний с наличием инвазии, резистентностью к терапии, высокой частотой рецидивов и более продолжительным инкубационным периодом [9]. В условиях иммуносупрессии чаще реализуется онкогенный потенциал ВПЧ, связанный с его способностью к выработке онкобелков Е6 и Е7, формирующих комплексы со специфическими проапоптотическими белками p53 и Rb [14]. Наиболее высок онкогенный потенциал ВПЧ16 и ВПЧ18.

Несмотря на распространенность и высокую частоту злокачественной трансформации, лечение ВПЧ-инфекции все еще недостаточно эффективно и в большинстве случаев направлено на деструкцию ВПЧ-элементов. Однако, поскольку и клинически не пораженная кожа может содержать вирусную ДНК, разрушение элементов не приводит к элиминации вируса [10].

С другой стороны, доказано, что в излечении от таких заболеваний важную роль играет Т-клеточный иммунный ответ на ВПЧ, для индукции которого применяются наружные иммуномодуляторы, такие, как крем Имиквимод и интерферон-α (внутриочаговые инъекции) [11]. Однако формирование иммунного ответа и клинический эффект во многом зависят от иммунного статуса, причем у пациентов с выраженным нарушением клеточного иммунитета не только возможны неудачи лечения, но и высок риск развития рецидива из-за неполной элиминации вируса.

На большую эффективность лечения таких поражений позволяет рассчитывать специфическая антивирусная те-

рапия, приводящая к элиминации вирусной инфекции без разрушения пораженной кожи и слизистых оболочек [12].

В связи с этим мы обратили внимание на сравнительно недавно установленную эстрогенную зависимость индукции онкогена E7 ВПЧ и связанный с ее устранением способ профилактики и лечения опухолей, обусловленных ВПЧ.

Препаратом, способным разорвать вышеуказанную зависимость и обладающим выраженной активностью по отношению к ВПЧ-ассоциированным заболеваниям, является Индинол (активное действующее вещество – индол-3-карбинол), производимый ЗАО «МираксБиоФарма» (Москва). Индинол разработан на основе биологически активного соединения – индол-3-карбинола (I3C). I3C – это фитонутриент, содержащийся в овощах семейства крестоцветных (в основном в разных видах капусты). Противоопухолевая активность I3C как средства профилактики и лечения рака шейки матки была подтверждена в плацебо-контролируемых клинических исследованиях [7]. В частности, показано, что в присутствии Индинола в ВПЧ-трансформированных клетках цервикальной зоны наблюдаются выраженное подавление синтеза онкобелка E7, значительное ингибирование образования «агрессивного» эстрогенового метаболита – 16 α -ОНЕ1, индукция апоптоза вирусинфицированных клеток [2]. Индинол эффективен и при ВПЧ-ассоциированных заболеваниях аногенитальной области [3].

Индинол следует принимать по 400 мг (4 капсулы) ежедневно (2 раза в день по 2 капсулы) во время еды в течение 6 мес. Препарат не рекомендуется беременным и кормящим матерям, а также пациентам, принимающим препараты, снижающие кислотность желудочного сока.

Нами Индинол применялся в комплексе с Вифероном (по 1 млн МЕ/сут в течение 1–3 мес) с целью профилактики рецидивов (после криодеструкции или электрокоагуляции) генитальных бородавок у 25 больных в возрасте от 19 до 62 лет, из которых 17 (10 мужчин и 7 женщин) страдали остроконечными кондиломами половых органов или перианальной области, а 8 (4 мужчин и 4 женщины) – гигантской кондиломой Бушке–Левенштейна. В результате рецидивы генитальных бородавок отсутствовали в каждом случае на протяжении 4 мес – 2 лет (в среднем – 2,1 \pm 0,3 года).

Приводим клинический пример.

Больная Т., 25 лет, обратилась с жалобами на высыпания в области половых губ и промежности. Больна около 1 года, ничем не лечилась.

При осмотре в области больших половых губ и перианальной области – множественные узлы светло-розового цвета диаметром от 1 до 5 см, неправильной формы, окруженные множеством мелких узелков розового цвета диаметром от 2 до 5 мм; консистенция элементов мягкая, они безболезненны при пальпации и не спаяны с кожей. В складках между узлами кожа мацерирована, покрыта серым налетом с неприятным запахом.

Диагноз: гигантская кондилома Бушке–Левенштейна половых губ и промежности; диагноз был подтвержден гистологически. При ПЦР-исследовании в режиме реального времени в очаге поражения был обнаружен ВПЧ56.

После криодеструкции высыпаний в течение 3 мес больная получала Индинол внутрь по 200 мг 2 раза в сутки до еды, затем – свечи Виферон ректально по 1 млн МЕ ежедневно в течение 2 мес. После лечения наступило клиническое выздоровление.

Таким образом, Индинол следует рассматривать в качестве эффективного препарата, который в комплексе с Ви-

Индинол



Способствует элиминации вируса папилломы человека из организма

- блокирует пролиферацию инфицированных клеток базального слоя
- вызывает апоптоз инфицированных клеток
- блокирует экспрессию вирусных белков E₆ и E₇



**Рекомендуемый курс:
2 капсулы 2 раза в день
в течение 6 месяцев**

Для достижения максимального эффекта
следует применять в комбинации
со стандартными средствами при ВПЧ

Телефон горячей линии 8-800-333-0045



ЗАО «МираксФарма»
121059, г. Москва, ул. Брянская д.5
Бизнес-центр «Европа Билдинг»
Тел.: +7 495 721 20 58
www.mirax-pharma.ru
www.indinol.ru

фероном может с успехом применяться для профилактики рецидива остроконечных и гигантских кондилом после их криодеструкции или электрокоагуляции. **Наиболее эффективным считается курс Индинола по 400 мг (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 мес.**

До лечения рекомендуется подтвердить наличие в очаге поражения ВПЧ и после удаления (криодеструкции, электрокоагуляции) очага поражения назначить месячный курс терапии Индинолом (в вышеуказанных дозах) с последующим присоединением на 1–3 мес иммуномодулирующей терапии Вифероном.

Литература

1. Галил-оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. – М.: Медицина для всех, 2005.
2. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. – М.: Дмитрейд График Групп, 2004.
3. Маликова Л.В., Нечунаева Т.Г., Задонцева Н.С. и соавт. Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Профилактика и лечение злокачественных новообразований в современных условиях». Под ред. А.Ф. Лазарева. – М., 2007. – С. 152.
4. Молочков В.А., Семенова Т.Б., Киселев В.И. и соавт. Генитальные вирусные инфекции. Руководство для венерологов. – М.: Бином, 2009.
5. Bauer H., Ting Y., Greer C. et al. // JAMA. – 1991; 265: 472–477.
6. Bealdwin S., Wallase D., Papenfuss M. et al. // J. Infect. Dis. – 2003; 187: 1064–1070.
7. Bell M., Crowley-Nowick P., Bradlow H. et al. // Gynecol. Oncol. – 2000; 78: 123–129.
8. Bernard C., Mouglin C., Madoz L. et al. // Int. J. Cancer. – 1992; 52: 731–737.
9. Chopra K., Tying S. // Arch. Dermatol. – 1997; 133: 629–633.
10. Ferenczy A., Mitao M., Nagai N. et al. // N. Engl. J. Med. – 1985; 313: 784–788.
11. Horn T., Johnson D., Helm R. et al. // Arch. Dermatol. – 2005; 141: 589–594.
12. Koutsky L., Ault K., Wheeler C. et al. // N. Engl. J. Med. – 2002; 347: 1645–1651.
13. Larssen P., Liden S. // Acta. Derm. Venereol. – 1980; 60: 415–423.
14. Sawchuk W., Weber P., Lowy D. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1989; 21: 41–49.
15. Scheffner M., Werness B., Huibregtse J. et al. // Cell. – 1990; 63: 1129–1136.
16. Williams A., Pottier A., Strachan D. // Br. J. Dermatol. – 1993; 128: 504–511.

TREATMENT FOR POINTED AND GIANT CONDYLOMAS

Professor **V. Molochkov, MD**¹; **A. Kladova**, Candidate of Medical Sciences¹; **E. Balyura**, Candidate of Medical Sciences²

¹I.M. Sechenov Moscow Medical Academy; ²M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute

The paper considers the efficacy of Indinol used in combination with Wiferon in the prevention of recurrent genital warts: pointed condylomas in 17 patients and Buschke-Loewenstein giant condyloma in 8 patients after their removal via cryodestruction and electrocoagulation. There were no recurrences in each case during a follow-up of 4 months to 2 years.

Key words: human papillomavirus, genital warts, Indinol, Wiferon.

из практики

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ УХА

И. Карякина, кандидат медицинских наук,
ОАО Институт пластической хирургии и косметологии, Москва
E-mail: hk@plasticcosmet.ru

Рассматриваются результаты хирургического лечения 67 пациентов с микроотией I–III степени; при обследовании больных применяли метод тимпанометрии и тональной пороговой аудиометрии, а также компьютерную томографию (КТ) височных костей.

Ключевые слова: микроотия, атрезия наружного слухового прохода (НСП), аудиометрия, компьютерная томография височных костей.

К аномалиям развития уха относятся врожденные изменения величины, формы или положения различных элементов наружного, среднего и внутреннего уха. Вариабельность пороков развития ушной раковины весьма высокая. Увеличение ушной раковины или отдельных ее элементов относят к макротиям, уменьшение или полное отсутствие ушной раковины – соответственно к микроотии и анотии. Возможно наличие дополнительных образований в околоушной области – ушные привески или околоушные свищи. Положение ушной раковины, при котором угол между ней и боковой поверхностью головы составляет 90° и более, относится к лопухости.

Пороки развития наружного слухового прохода – НСП (атрезия или его стеноз), слуховых косточек, лабиринта (более тяжелая врожденная патология) сопровождаются нарушением слуха и при двусторонней патологии являются причиной инвалидности больного [1, 7].

Врожденные пороки развития органа слуха встречаются у 1 из 700–1500 новорожденных, чаще бывают правосторонней локализации, у мальчиков выявляются в среднем в 2–2,5 раза чаще, чем у девочек [8, 10]; в 15% случаев они носят наследственный характер, в 85% являются спорадическими [4, 11, 14].

Существует много классификаций врожденных пороков развития органа слуха, которые построены по клиническому, этиологическому и патогенетическому признакам [12]. Среди наиболее часто используемых в пластической хирургии – классификация Н. Weerda [14], которая отражает 3 степени изолированного порока развития только ушной раковины: при I степени она меньше, чем в норме, размера, но все ее элементы узнаваемы; при II степени узнаваемы только некоторые элементы ушной раковины, последняя рудиментарна, верхняя часть представлена недоразвитым завитком; для III степени характерно глубокое недоразвитие ушной раковины (представлена только мочкой) или полное отсутствие наружного уха.

Атрезия слухового прохода наиболее подробно представлена в классификации Н. Schuknecht [12]: тип А – атрезия в хрящевом отделе наружного слухового прохода, регистрируется снижение слуха I степени; тип В – атрезия как в хрящевом, так и в костном отделах наружного слухового прохода, регистрируется снижение слуха II–III степени; тип С – включает все случаи полной атрезии и гипоплазии барабанной полости; тип D – полная атрезия наружного