

С.Б. МАРАСАНОВ¹, д.м.н., профессор, В.М. ВАЖНОВА²¹ Тверской государственный медицинский университет² Тверской областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Особенности течения папилломавирусной инфекции (ПВИ) при беременности изучены недостаточно. Нет общепринятой тактики ведения больных. Цель исследования – изучить возможности фармацевтической коррекции состояния беременных с ПВИ. У 137 пациенток выявлены различные типы вируса папилломы человека методом полимеразной цепной реакции. 73 женщинам проводились иммунокоррекция и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Лечение ИППП проводилось 33 женщинам. 31 женщине иммунокоррекция и лечение ИППП не проводились. Для лечения использовались спирамицин, натамицин, бифидумбактерин, тержинан, интерферон альфа2b + таурин. Наряду с клиническими и бактериологическими методами обследования, использовались расширенная кольпоскопия шейки матки и цитологический метод исследования мазков с поверхности шейки матки.

Полученные результаты позволили сделать вывод, что медикаментозное лечение ИППП и иммунокоррекция, улучшая кольпоскопическую картину и качество цитологических мазков, оптимизирует течение беременности; терапия ИППП менее эффективна, чем одновременное лечение ИППП и иммунокоррекция.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, беременность, фармакологическая коррекция.

S.B. MARSANOV¹, MD, Prof., V.M. VAZHNOVA²¹ Tver State Medical University² Bakunina Tver Regional Clinical Perinatal Center

PAPILLOMA VIRAL INFECTION IN PREGNANT WOMEN: WAYS TO SOLVE THE PROBLEM

Peculiarities of the course of the papilloma viral infection in pregnancy are studied insufficiently. There is no generally accepted practice of patient maintenance. The aim of the study is to study possibilities of pharmaceutical correction of the papilloma viral infection (PVI) affected pregnant women. Various types of human papilloma virus are identified in 137 patients by polymerase chain reaction method. The immune system correction and therapy of sexually transmitted diseases was administered to 33 women. 31 women didn't receive the immune system correction of therapy of sexually transmitted diseases. Spiramycin, natamycin, bifidumbacterin, tergyan, interferon alpha2b + taurin were used for therapy. In addition to clinical and bacteriological study methods uterine colposcopy and cytologic methods of cervical smear were used.

The obtained results allowed drawing a conclusion that the sexually transmitted diseases drug therapy and the immune system correction, improving the colposcopic pattern and quality of cytologic smears optimizing the course of pregnancy; the sexually transmitted disease therapy is less effective than simultaneous sexually transmitted disease therapy and immune system correction.

Keywords: papilloma viral infection; pregnancy; pharmacological correction.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В акушерстве и гинекологии фармакотерапия заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), остается важной проблемой. Отмечается резкий рост инфицированности женского населения данным возбудителем, который отличается значительной контагиозностью и способностью вызывать злокачественную патологию аногенитальной области. ВПЧ является иницирующим фактором рака шейки матки, а также причиной злокачественных процессов вульвы и влагалища [1–4].

У беременных частота всех ВПЧ-инфекций составляет 30–60%, а ВПЧ-инфекций с высоким онкогенным риском – 20–30%. Наиболее онкогенными являются 16, 18, 31, 33-й типы ВПЧ. ВПЧ способен приводить к спонтанным абортam, может передаваться от матери к плоду, вызывая папилломатоз гортани и бронхов у ребенка [5–10].

Сочетание рака шейки матки и беременности считается самым частым сочетанием беременности с онкологическим заболеванием: 1 случай на 2 200 беременных [10, 11].

Особенности течения ВПЧ-инфекции при беременности изучены недостаточно. Нет общепринятой тактики ведения беременных, инфицированных ВПЧ. При папилломавирусной инфекции (ПВИ) большое значение имеет состояние системы местной защиты органов репродуктивной системы. Учитывая это, представляет интерес изучение способов фармакологической коррекции местного иммунитета для профилактики прогрессирования заболевания.

Цель исследования. Изучить возможности фармакологической коррекции состояния беременных, инфицированных ВПЧ.

Материалы и методы. Критерием включения в исследование было обнаружение ВПЧ методом ПЦР у беременных. Проведено обследование 402 женщин в I триместре беременности. У 137 пациенток выявлены различные типы ВПЧ (34/1%), обнаруженные методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), причем в большинстве случаев имели место высокоонкогенные типы (табл. 1).

Таблица 1. Распространенность типов ВПЧ у обследованных женщин

Типы ВПЧ	1-я группа (n = 73)		2-я группа (n = 33)		3-я группа (n = 31)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16-й тип	47	64,4	21	63,6	19	61,3
18-й тип	35	47,9	14	42,4	15	48,4
31-й тип	19	26	7	21,2	7	22,6
33-й тип	12	16,4	7	21,2	5	16,1
45-й тип	8	10,9	3	9,1	5	16,1
39-й тип	3	4,1	0	0	1	3,2
35-й тип	1	1,36	1	3	0	0
58-й тип	1	1,36	0	0	1	3,2
59-й тип	2	2,7	1	3	2	6,5
52-й тип	1	1,36	0	0	0	0
1-й тип ВПЧ	28	38,4	13	39,4	12	38,7
Сочетание 2 типов ВПЧ	42	57,5	19	57,6	18	58,1
Сочетание 3 типов ВПЧ	3	4,1	1	3	1	3,2

Девятнадцать (13,9%) беременных были инфицированы только ВПЧ, а у 118 (86,1%) беременных – ВПЧ и другими возбудителями ИППП (*Ureaplasma parvum*, *Mikoplasma genitalium*, *Chlamidia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Trihomonas vaginalis*).

Методом случайной выборки беременные были разделены на 3 группы, достоверно не отличающиеся между собой по возрасту, характеру менструальной функции и экстрагенитальной патологии (табл. 1). Численность 1-й группы составила 73 (53,3%) беременных. Женщинам данной группы проводилась иммунокоррекция и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Во 2-ю группу вошли 33 (24,1%) женщины, которым проводилось лечение имеющих ИППП без иммунокоррекции. 3-я группа – 31 (22,6%) женщина, которым иммунокоррекция и лечение ИППП не проводили.

Всем беременным проводилось комплексное обследование в сроке гестации 8–12 нед. и 28–32 нед. (до и после лечения). Ультразвуковая диагностика проводилась в 8–12, 18–22 и 28–32 нед. гестации.

Использовались следующие методы исследования:

- 1) клинические: общий и акушерский анамнез, общий осмотр, лабораторные исследования;
- 2) бактериологические: качественный состав микрофлоры влагалища, цервикального канала; наличие и тип ВПЧ определялись методом ПЦР;
- 3) ультразвуковая диагностика и доплерография;
- 4) расширенная кольпоскопия шейки матки;
- 5) цитологический метод исследования мазков с поверхности шейки матки;
- 6) для оценки достоверности различия применяли t-критерий Стьюдента; за достоверное значение принима-

ли различие при уровне вероятности 95% и более ($p < 0,05$) (достоверность в таблицах обозначена звездочкой (*), что означает $p < 0,05$).

У беременных трех групп не были выявлены статистически достоверные различия в возрасте, характере менструальной функции, экстрагенитальной патологии.

Средний возраст обследованных в 1-й группе составил $25,9 \pm 1,8$ года, во 2-й – $25,8 \pm 1,8$ года, в 3-й – $26 \pm 1,9$ года.

Экстрагенитальные заболевания во всех группах не имели достоверных различий в частоте (табл. 2).

Возраст наступления менархе у беременных трех групп находился в интервале от 10 до 14 лет, и в среднем составил – 13,2 года, что не отличалось от возраста наступления менархе в популяции.

У большей части женщин всех исследуемых групп был регулярный менструальный цикл. Нерегулярный цикл, обусловленный дисфункцией яичников, наблюдался всего в 6,8% в 1-й группе, в 9,1% во 2-й группе и в 9,7% в 3-й группе.

Изучение репродуктивной функции показало, что первобеременные в 1-й группе составили 36,9%, во время как во 2-й – 45,5%, а в 3-й – 58,1%. Искусственные

Таблица 2. Экстрагенитальные заболевания обследованных женщин

Название заболевания	1-я группа (n = 73)		2-я группа (n = 33)		3-я группа (n = 31)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Детские инфекции	30	41,1	17	51,5	15	48,4
Заболевания желудочно-кишечного тракта	11	15,1	3	9,1	4	12,9
Хронический тонзиллит	7	9,6	5	15,2	1	3,2
Миопия	3	4,1	4	12,1	3	9,7
Вирусный гепатит	1	1,4	0	0	0	0
Хронический пиелонефрит	3	4,1	2	6,1	2	6,45
Нарушение жирового обмена	12	16,4	3	9,1	2	6,45
Пороки сердечно-сосудистой системы	9	12,3	5	15,2	1	3,2
Заболевания верхних дыхательных путей	5	6,8	3	9,1	3	9,7
Нейроциркуляторная дистония	3	4,1	0	0	1	3,2
Аппендэктомия	11	15,1	4	12,1	2	6,45
Хронический цистит	1	1,4	0	0	0	0
Хроническая венозная недостаточность	1	1,4	1	3	0	0
Псориаз	1	1,4	0	0	0	0
Тонзиллэктомия	1	1,4	0	0	0	0

аборты во всех трех группах встречались практически с одинаковой частотой: 38,4, 33,3 и 38,7% соответственно.

Ранние репродуктивные потери в 1-й группе беременных составили 16,4%, во 2-й – 15,2%, в 3-й 12,9% случаев.

В анамнезе беременных трех групп также встречалась внематочная беременность в 5,5, 6,1 и 6,5% соответственно (табл. 3).

Таблица 3. Характеристика репродуктивной функции

	1-я группа (73)	2-я группа (33)	3-я группа (31)
Первобеременные	27 (36,9%)	15 (45,5%)	18 (58,1%)
Повторнобеременные	46 (63,1%)	18 (54,5%)	13 (41,9%)
Роды в анамнезе	26 (35,6%)	11 (33,3%)	10 (32,3%)
Искусственный аборт в анамнезе	28 (38,4%)	11 (33,3%)	12 (38,7%)
Самопроизвольный выкидыш в анамнезе	12 (16,4%)	5 (15,2%)	4 (12,9%)
Внематочная беременность	4 (5,5%)	2 (6,1%)	2 (6,5%)

Структура гинекологической патологии представлена в таблице 4.

Приведенные данные показывают, что большинство обследованных беременных имели отягощенный акушерский и гинекологический анамнез.

Для лечения урогенитальной инфекции использовался спирамицин по 3 млн МЕ 3 р/сут перорально в течение 10 дней. Натамицин назначался в виде суппозиторий вагинальных по 0,1 г на ночь. Бифидобактерии бифидум применялись перорально по 3 дозы ежедневно. Кроме того, санация влагалища проводилась препаратом Тержинан в виде таблеток вагинальных (нистатин 100 тыс. МЕ, тернидазол 0,2 г, неомицин сульфата 0,1 г, преднизолон 3 мг).

Таблица 4. Структура гинекологических заболеваний

	1-я группа (73)	2-я группа (33)	3-я группа (31)
Эндометрит	4 (5,5%)	1 (3%)	2 (6,5%)
ИППП	15 (20,5%)	7 (21,2%)	5 (16,1%)
Доброкачественные заболевания шейки матки	32 (43,8%)	10 (30,3%)	10 (32,3%)
Салпингоофорит	11 (15,1%)	4 (12,1%)	5 (16,1%)
Цервикоинтраэпителиальные неоплазии	1 (1,36%)	0 (0%)	1 (3,2%)
Эндометриоз	5 (6,8%)	2 (6,1%)	5 (16,1%)
Доброкачественные кисты яичников	3 (4,1%)	1 (3%)	0 (0%)
Гиперандрогения	4 (5,5%)	1 (3%)	1 (3,2%)

После 22 нед. беременности в качестве иммунокорригирующего лечения применялся интерферон альфа-2b + таурин (коммерческое название Генферон® лайт, Россия) по 250 тыс. МЕ 2 р/сут в виде суппозиторий вагинально в течение 10 дней. Генферон® лайт является разрешенным для применения у беременных препаратом, который обладает выраженной противовирусной и опосредованной антибактериальной активностью, а также иммуномодулирующим действием. Иммуномодулирующий эффект препарата Генферон® лайт обусловлен способностью интерферона повышать экспрессию молекул главного комплекса гистосовместимости I типа, фагоцитарную активность макрофагов, цитотоксичность сенсibilизированных лимфоцитов, активность НК-клеток, стимулировать продукцию антител и регулировать баланс других медиаторов межклеточных взаимоотношений.

Кроме того, Генферон® лайт нормализует уровень цитокинов и повышает концентрацию секреторного IgA на слизистых, что приводит к активизации локального иммунного ответа. Этот препарат снижает интенсивность воспалительного процесса за счет ускорения элиминации возбудителя. Таурин, входящий в состав препарата Генферон® лайт, ускоряет репарацию поврежденных тканей и повышает терапевтическую эффективность интерферона за счет своих антиоксидантных свойств.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Было проведено сравнение кольпоскопических картин (табл. 5), а также цитологических мазков (табл. 6) у беременных 1-й группы до и после лечения ИППП и иммунокоррекции; у беременных 2-й группы до и после лечения ИППП, но без иммунокоррекции; у беременных 3-й группы, которым не проводилось лечение ИППП и иммунокоррекция.

Как видно из таблицы 5, при кольпоскопическом исследовании у беременных 1-й группы встречались такие нормальные кольпоскопические картины, как многослойный плоский эпителий у 3 (4,1%), цилиндрический эпителий (эктопия) у 53 (72,6%), метапластический эпителий: наботовы кисты у 10 (13,7%) и открытые железы у 23 (31,5%), а также децидуоз у 38 (52,1%) женщин. У беременных 2-й группы многослойный плоский эпителий встречался у 1 (3%) пациентки, цилиндрический эпителий (эктопия) у 23 (69,7%), метапластический эпителий: наботовы кисты у 4 (12,1%) и открытые железы у 9 (27,3%), децидуоз у 17 (51,5%) беременных. В 3-й группе многослойный плоский эпителий встречался у 1 (3,2%) пациентки, цилиндрический эпителий (эктопия) у 22 (70,9%), метапластический эпителий: наботовы кисты у 4 (12,9%) и открытые железы у 9 (29,1%), децидуоз у 18 (58,1%). Данные кольпоскопической картины, являясь нормальными, не изменялись после лечения.

Что касается аномальных кольпоскопических картин, то они делятся в зависимости от степени выраженности поражения клеток ВПЧ и другими инфекционными агентами на 1-ю степень (слабовыраженное поражение), 2-ю степень (выраженное поражение) и неспецифические картины.

Таблица 5. Данные сравнения кольпоскопических картин

Кольпоскопические картины		1-я группа (n = 73)		2-я группа (n = 33)		3-я группа (n = 31)		
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	I триместр	III триместр	
Нормальные кольпоскопические картины	Многослойный плоский эпителий	3 (4,1%)	3 (4,1%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3,2%)	1 (3,2%)	
	Цилиндрический эпителий (эктопия)	53 (72,6%)	53 (72,6%)	23 (69,7%)	23 (69,7%)	22 (70,9%)	22 (70,9%)	
	Метапластический эпителий (наботовы кисты)	10 (13,7%)	10 (13,7%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	
	Метапластический эпителий (открытые железы)	23 (31,5%)	23 (31,5%)	9 (27,3%)	9 (27,3%)	9 (29,1%)	9 (29,1%)	
	Децидуоз (при беременности)	38 (52,1%)	38 (52,1%)	17 (51,5%)	17 (51,5%)	18 (58,1%)	18 (58,1%)	
Аномальные кольпоскопические картины	Степень I (слабо-выраженное поражение)	Тонкий ацетобелый эпителий с неровными, нечеткими контурами	10 (13,7%)	8 (10,9%)	5 (15,2%)	5 (15,2%)	5 (16,1%)	7 (22,6%)
		Нежная мозаика	8 (10,9%)	3 (4,1%)	3 (9,1%)	2 (6,1%)	4 (12,9%)	10 (32,3%)
		Нежная пунктация	21 (28,8%)	9 (12,3%)*	9 (27,3%)	7 (21,2%)	8 (25,8%)	16 (51,6%)
	Степень II (выраженное поражение)	Плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами	3 (4,1%)	3 (4,1%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3,2%)	2 (6,5%)
		Быстрое побеление	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0	0	0	1 (3,2%)
		Ацетобелый плотный ободок вокруг открытых желез	2 (2,7%)	2 (2,7%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3,2%)	2 (6,5%)
		Грубая мозаика	3 (4,1%)	3 (4,1%)	1 (3%)	2 (6,1%)	1 (3,2%)	3 (9,7%)
		Грубая пунктация	4 (5,5%)	4 (5,5%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	2 (6,5%)	3 (9,7%)
		Внутри поражения контуры более плотного ацетобелого участка (внутренние границы)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0	0	1 (3,2%)	1 (3,2%)
	Неспецифические признаки	Признак бугристости (гребня)	0	0	0	0	1 (3,2%)	1 (3,2%)
		Лейкоплакия	2 (2,7%)	2 (2,7%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3,2%)	1 (3,2%)
		Эрозия	0	0	0	0	0	0
		Окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол) – йодопозитивное	51 (69,9%)	51 (69,9%)	23 (69,7%)	23 (69,7%)	22 (70,9%)	20 (64,5%)
	Подозрение на инвазию	Окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол) – йоднегативное	22 (30,1%)	22 (3,1%)	10 (30,3%)	10 (30,3%)	9 (29,1%)	11 (35,5%)
		Атипические сосуды	0	0	0	0	1 (3,2%)	1 (3,2%)
Другие кольпоскопические картины	Дополнительные признаки: «ломкие» сосуды; неровная поверхность; экзофитное поражение	0	0	0	0	0	1 (3,2%)	
	Врожденная зона трансформации	0	0	0	0	0	0	
	Кондиломы	9 (12,3%)	9 (12,3%)	4 (12,1%)	6 (18,2%)	4 (12,9%)	7 (22,6%)	
	Последствия ранее проведенного лечения	2 (2,7%)	2 (2,7%)	0	0	0	0	
	Стеноз	0	0	0	0	0	0	
	Врожденные аномалии	0	0	0	0	0	0	
	Воспаление	62 (84,9%)	29 (39,9%)*	29 (87,9%)	21 (63,6%)	27 (87,1%)	29 (93,6%)	
	Полипы	0	0	0	0	0	0	
Эндометриоз	3 (4,1%)	3 (4,1%)	1 (3%)	1 (3%)	0	0		

* Достоверность $p \leq 0,05$.

У беременных 1-й группы, которым проводилось лечение ИППП и иммунокоррекция, до лечения тонкий ацетобелый эпителий встречался у 10 (13,7%), после лечения у 8 (10,9%) пациенток. Нежная мозаика определялась у 8 (10,9%) женщин до лечения и всего у 3 (4,1%) пациенток после лечения ИППП и иммунокоррекции. Нежная пунктация до лечения была выявлена у 21 (28,8%) беременной, а после лечения – у 9 (12,3%), что свидетельствует об эффективности лечения ИППП в сочетании с иммунокоррекцией ($p \leq 0,05$).

Количество беременных 1-й группы с таким кольпоскопическим признаком, как плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами, не менялось до и после лечения и составило 3 (4,1%); признак быстрого побеления встречался у 1 (1,4%) пациентки до и после лечения. Также не изменялось количество пациенток с грубой мозаикой и грубой пунктуацией и составило 3 (4,1%) и 4 (5,5%) соответственно. Признак внутренней границы встречался у 1 (1,4%) пациентки 1-й группы до и после лечения, признак бугристости не определялся.

Таким образом, аномальные кольпоскопические картины 2-й степени не исчезали после лечения ИППП и иммунокоррекции, но не происходило и увеличения количества пациенток с данными изменениями, т. к. совместное лечение ИППП и иммунокоррекция не позволило прогрессировать процессу.

Во 2-й группе, в которой беременным проводилось лечение ИППП без иммунокоррекции, тонкий ацетобелый эпителий выявлялся у 5 (15,2%) беременных до и после лечения. Нежная мозаика определялась у 3 (9,1%) женщин до лечения и у 2 (6,1%) после лечения ИППП. Нежная пунктация выявлялась у 9 (27,3%) беременных до лечения и у 7 (21,2%) после. Такие признаки выраженного поражения, как быстрое побеление, признак внутренней границы и признак бугристости у беременных 2-й группы, не встречались. Плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами встречался у 1 (3%) пациентки 2-й группы до и после лечения ИППП. Ацетобелый плотный ободок вокруг открытых желез выявлялся также у 1 (3%) беременной до и после лечения, грубая мозаика определялась у 1 (3%) пациентки до лечения ИППП без иммунокоррекции и у 2 (6,1%) после; грубая пунктация у 2 (6,1%) беременных в I и III триместрах.

На примере пациенток 2-й группы, которым не проводилась иммунокоррекция, но проводилось лечение ИППП, видно, что происходил незначительный регресс аномальных картин 1-й степени выраженности, однако менее значительный, чем в 1-й группе. Увеличения числа пациенток с аномальными кольпоскопическими картинами в III триместре, так же как и в 1-й группе, не происходило. Таким образом, эффект от лечения ИППП есть, но менее значительный, чем в сочетании с иммунокоррекцией.

В 3-й группе, где беременным не проводилось лечение ИППП и иммунокоррекция, тонкий ацетобелый эпителий выявлялся у 5 (16,1%) беременных в I триместре и у 7 (22,6%) в III триместре. Нежная мозаика определялась у 4 (12,9%) женщин в I триместре и у 10 (32,3%) в III. Нежная пунктация выявлялась у 8 (25,8%) беременных в I триместре, без лечения их число достоверно увеличилось

до 16 (51,6%). Плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами встречался у 1 (3,2%) пациентки 3-й группы в I триместре и у 2 (6,5%) в III. Признак быстрого побеления определялся у 1 (3,2%) пациентки 3-й группы только в III триместре. Ацетобелый плотный ободок вокруг открытых желез выявлялся также у 1 (3,2%) беременной в I триместре и у 2 (6,5%) в III. Грубая мозаика определялась у 1 (3%) пациентки в I триместре и у 3 (9,7%) в III триместре. Грубая пунктация у 2 (6,5%) беременных в I триместре и у 3 (9,7%) в III триместре. Признак внутренней границы и признак бугристости встречались у 1 (3,2%) пациентки 3-й группы в I и III триместрах.

Таким образом, у беременных 3-й группы без лечения ИППП и иммунокоррекции происходило прогрессирование поражения эпителия шейки матки в III триместре по сравнению с I триместром. Это касается как увеличения числа пациенток с аномальными кольпоскопическими картинами 1 степени выраженности, так и увеличения числа беременных с аномальными кольпоскопическими картинами 2-й степени выраженности.

Относящиеся к аномальным кольпоскопическим картинам неспецифические признаки включают лейкоплакию, эрозию шейки матки, окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол] (йодопозитивное и йоднегативное). Лейкоплакия встречалась у 2 (2,7%) беременных 1-й группы в I и III триместрах, у 1 беременной (3%) 2-й группы в I и III триместрах и у 1 (3,2%) пациентки 3-й группы также в I и III триместрах.

Эрозия шейки матки не встречалась у пациенток трех групп. Йодопозитивное окрашивание встречалось у 51 (69,9%) женщины 1-й группы в I и III триместрах беременности, йоднегативное окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол] – у 22 (30,1%) в I и III триместрах. Во 2-й группе йодопозитивное окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол] определялось у 23 (69,7%) и йоднегативное у 10 (30,3%) пациенток в I и III триместрах беременности. У беременных 3-й группы йодопозитивное окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол] выявлялось в 22 (70,9%) случаях в I и в 20 (64,5%) в III триместре, йоднегативное окрашивание раствором йода + (калия йодид + глицерол] выявлялась в 9 (29,1%) случаях в I и в 11 (35,5%) случаях в III триместре беременности.

Кондиломы на шейке матки у беременных 1-й группы выявлялись в 9 (12,3%) случаях до и после лечения, последствия ранее проведенного лечения в 2 (2%) случаях, воспаление определялось у 62 (84,9%) беременных до лечения и у 29 (39,7%) беременных после лечения ($p \leq 0,05$). Значительное уменьшение количества беременных с воспалением в III триместре, а также отсутствие прогрессирования кондилом на шейке матки и увеличения числа женщин с данными проявлениями инфицированности ВПЧ в III триместре также говорит об эффективности сочетания лечения ИППП и иммунокоррекции ПВИ. Эндометриоз шейки матки был выявлен у 3 (4,1%) женщин 1-й группы в I и III триместрах беременности.

Во 2-й группе кондиломы на шейке матки в I триместре выявлялись у 4 (12,1%) и у 6 (18,2%) в III триместре, т. к. иммунокоррекция не проводилась. Воспаление опре-



Генферон® лайт

Интерферон альфа-2b
Таурин



Комбинация двух
активных компонентов



Мощный иммунный
ответ



Вагинальное применение
у беременных



Гипоаллергенный
состав

Для терапии инфекционно-
воспалительных заболеваний
урогенитального тракта
у беременных женщин
во втором и третьем триместрах*



genferon.ru

*В соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата Генферон® лайт разрешено применение у женщин, находящихся на 13–40-й неделе беременности. Препарат применяется в дозе 250 000 МЕ интерферона альфа-2b на суппозиторий.

198515, Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, д. 34, А
Телефон: +7 (812) 380 49 33



biocad@biocad.ru
www.biocad.ru



BIOCAD
Biotechnology Company

Реклама

Таблица 6. Особенности цитологических мазков у беременных 1-й и 2-й группы после лечения ПВИ

Типы цитологических мазков	1-я группа (n = 73)		2-я группа (n = 33)		3-я группа (n = 31)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	I триместр	III триместр
1-й тип мазка PAP	3 (4,1%)	12 (16,4%)*	1 (3%)	4 (12,1%)	1 (3,2%)	-
2-й тип мазка PAP	39 (53,4%)	44 (60,3%)	18 (54,6%)	18 (54,6%)	19 (61,3%)	12 (32,3%)
3-й тип мазка PAP	31 (42,5%)	17 (23,3%)	14 (42,4%)	11 (33,3%)	11 (38,7%)	18 (64,5%)
4–5-й тип мазка PAP	-	-	-	-	-	1 (3,2%)

* Достоверность $p \leq 0,05$.

делялось у 29 (87,9%) беременных до лечения и у 21 (63,6%) после лечения ИППП; эндометриоз шейки матки у 1 (3%) женщины (без динамики).

У беременных 3-й группы кондиломы на шейке матке определялись в 4 (12,9%) случаях в I триместре, в III триместре число таких пациенток увеличилось до 7 (22,6%). Воспаление определялось у 27 (87,1%) женщин в I триместре и у 29 (93,6%) в III триместре. Увеличение пациенток с кондиломами и воспалением в III триместре свидетельствует о необходимости лечения ИППП и иммунокоррекции. Эндометриоз шейки матки не выявлялся.

К кольпоскопическим картинам, подозрительным на инвазию, относятся атипические сосуды, которые были выявлены у 1 (3,2%) беременной 3-й группы в I и III триместрах, а также экзофитное поражение, выявленное у этой же пациентки в III триместре.

Контрольное исследование цитологических мазков в 1-й группе после лечения ИППП и иммунокоррекции показало, что количество мазков 1-го и 2-го типа по Папаниколу увеличилось, а 3-го типа уменьшилось, что свидетельствует

об эффективности терапии ИППП и иммунокоррекции (табл. 6). Мазки первого типа определялись у 3 (4,1%) беременных до лечения ИППП и иммунокоррекции ПВИ; после лечения и иммунокоррекции число пациенток с мазками 1-го типа достоверно увеличилось до 12 (16,4%). Что касается мазков 2-го типа, то они определялись у 39 (53,4%) беременных 1-й группы до лечения; количество пациенток с мазками 2-го типа после лечения ИППП и иммунокоррекции увеличилось до 44 (60,3%). Третий тип мазка по Папаниколу в 1-й группе в I триместре встречался у 31 (42,5%) женщины. После лечения ИППП и иммунокоррекции это количество снизилось до 17 (23,3%).

Во 2-й группе беременных, которым проводилось лечение ИППП без иммунокоррекции, также наблюдалось увеличение мазков 1-го типа и уменьшение количества мазков 3-го типа после лечения ИППП, но данные изменения были не столь значительны, что объясняется меньшей эффективностью лечения только ИППП без иммунокоррекции. После лечения ИППП количество женщин со 2-м типом мазка не изменилось. Количество беременных с 3-м типом мазка до лечения было 14 (42,4%), а после лечения ИППП их число снизилось до 11 (33,3%).

В 3-й группе, где беременным не проводилось лечение ИППП и иммунокоррекция, в III триместре увеличилось количество мазков 3-го типа, уменьшилось количество мазков 1-го и 2-го типа по Папаниколу, что свидетельствует о прогрессировании повреждения клеток эпителия у беременных (табл. 6).

ВЫВОДЫ

1. Медикаментозное лечение ИППП и иммунокоррекция улучшают кольпоскопическую картину и качество цитологических мазков, оптимизируют течение беременности.
2. Терапия ИППП менее эффективна, чем одновременное лечение ИППП и иммунокоррекция.
3. Включение в терапию препарата Генферон® лайт для иммунокоррекции увеличивает результативность лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И., Сухих Г.Т. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. Пособие для врачей. М.: «МЕДпресс-информ», 2007. 32 с. / Prilepskaya V.N., Rogovskaya S.I., Kondrikov N.I., Sukhikh G.T. Papilloma viral infection: diagnostics, therapy and prevention. Guidance for doctors. Moscow. MEDpress-inform. 2007. 32 p.
2. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2008. 188 с. / Rogovskaya S.I. Papilloma viral infection in women and uterine pathology. Moscow Publishing group GEOTAR-Meditsina. 2008. 188 p.
3. Бахидзе Е.В. Фертильность, беременность и гинекологический рак. СПб.: ДИЛЯ, 2004. 285 с. / Bakhidze E.V. Fertility, pregnancy and gynecological cancer. Saint-Petersbrug. DILYA. 2004. 285 p.
4. Шахтинская Ф.Ч., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К., Новикова Д.А., Ткаченко Н.Е. Вирус папилломы человека. Профилактика ВПЧ-ассоциированных заболеваний. *Педиатрическая фармакология*, 2015, 12(1): 74-78. / Shakhinskaya F.C., Namazov-Baranova L.S., Tatchenko V.K., Novikova D.A., Tkachenko N.E. Human papilloma virus. Prevention of HIV-associated diseases. *Pediatricheskaya Farmakologiya*, 2015, 12 (1): 74-78.
5. Arena S, Marconi M, Ubertyosi M, et al. HPV and pregnancy: diagnostic methods, transmission and evolution. *Minerva Ginecol*, 2002, 54(3): 225-237.
6. Дмитриев Г.А., Биткина О.А. Папилломавирусная инфекция Москва «Медицинская книга». 2006. 77 с. / Dmitrieva G.A., Bitkina O.A. Papilloma viral infection. Moscow, Meditsinskaya Kniga, 2006, 77 p.
7. Блак М., Макай М., Брауде Л., Вон Джоунз С., Маргессон Л. Кожные болезни в акушерской и гинекологической практике. Под ред. проф. В.Н. Прилепской и проф. Е.В. Липовой. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. 259 с. / Blak M, Makay M, Braude L, Von Jones S, Margesson L. Skin diseases in obstetrical and gynecological practice. Ed. by Prof. V.N. Prilepskaya and Prof. E.V. Lipova. Moscow. Publishing Group GEOTAR-Media. 2008. 259 p.
8. Calinisan JH, Chan SR, King A, Chan PJ. Human Papillomavirus and Blastocyst Apoptosis Cervical Cancer control, priorities and directions. *J. of Assisted Reproduction and Genetics*, 2002, 19(3): 132-136.
9. Gerein V, Schmandt S, Babkina N et al. Human papilloma virus (HPV)-associated gynecological alteration in mothers of children with recurrent respiratory papillomatosis during long-term observation. *Cancer Detect Prev*, 2007, 31(4): 276-281.
10. Sinal SH, Woods CR. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children. *Semin Pediatr Infect Dis*, 2005 Oct, 16(4): 306-316.
11. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2011. 232 с. / Rogovskaya S.I. Practical colposcopy. Moscow. Publishing group. GEOTAR-Media. 2011. 232 p.