ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КОНДИЛОМАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Порсохонова Д.Ф.[1], Росстальная М.Л.[2]

DOI: 10.67620/dermajournal.1730121

Актуальность. Остроконечные кондиломы (ОК) гениталий у женщин представляют собой достаточно сложный процесс, который в последние годы отнесен к фоновым заболеваниям женских гениталий. Особо уязвимую группу риска по заболеваемости ОК представляют беременные, особенно те, у которых еще до беременности существовало анемичное состояние. Но и анемия, развившаяся во время беременности может усугублять физиологический иммунодефицит, характерный для беременности. В связи с чем целью нашего исследования было изучение характера клинического течения и спектра ИППП у беременных с ОК и диагностированной анемией и без нее.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 беременных на различных сроках с ОК в возрасте от 18 до 34 лет. С учетом физиологической гемоделюции при беременности допустимым считается снижение показателя гематокрита до 0,32, гемоглобина – до 100 г/л, эритроцитов – до 3,5×1012/л. Дальнейшее снижение показателей красной крови следует расценивать как истинную анемию. По данному критерию пациентки были разделены на 2 группы наблюдения: в 1-ю группу вошли беременные с ОК без анемии (23 женщины), во 2-ю беременные с ОК на фоне анемии (25 женщин). Всем пациенткам помимо общеклинического обследования было произведено обследование на наиболее распространенные ИППП, а также 21 тип ВПЧ, включая низко-, средне- и высокоонкогенные методом ПЦР. Для сравнительной характеристики были определены следующие критерии: рецидивирующее течение ОК, их быстрый рост, площадь кондилом свыше 5 см^2 , присутствие сопутствующих инфекций, передающихся половым путем (ИППП), включая ВПЧ, патология шейки матки (эрозии, полипы, цервикоинтраэпителиальные неоплазии), обильные выделения из половых путей, признаки раннего или позднего токсикоза беременных (тошнота, рвота, повышение давления), нерациональное питание (те или иные ограничения в рационе, продиктованные отсутствием аппетита, сменой вкусов и пищевых привычек в период беременности).

Результаты и обсуждение. В результате сравнительной характеристики 2-х групп наблюдения удалось выявить значимые различия по ряду клинических характеристик. Так, установлено, что количество рецидивов ОК, превышающее 2 эпизода, отмечено преимущественно во 2-й группе наблюдения. Тенденция к быстрому росту кондилом также была отмечена среди пациенток 2-й группы. Площадь кондилом, превышающая 5 см^2 и их расположение на стенках влагалища и шейки матки также преобладало у пациенток 2-й группы наблюдения. Поражения шейки матки (эндоцервициты, эрозии, полипы, кондиломы) встречались чаще во 2-й группе наблюдения. Более обильные выделения из половых путей также были отмечены у беременных с анемией. Достоверные различия между сравниваемыми группами были получены и при оценке характера питания беременных: для беременных с анемией было характерно несбалансированное по белково-углеводному и жировому составу питание, без соблюдения определенного режима. Многие пациентки этой группы объясняли появившуюся в связи с беременностью тягу к легким углеводам (мучное, шоколад, газированные напитки), не имеющим питательной ценности. Ряд пациенток 2-й группы (60,0%) отмечали явления сильного токсикоза с ранних сроков, в связи с которым их прием пищи был крайне ограниченным и скудным.

Характеристика микробного состава урогенитального тракта, которую в обязательном порядке следует проводить при появлении остроконечных кондилом, показала, что сопутствующие ИППП, такие как уреаплазмоз также чаще встречались у беременных с анемией, но недостоверно. Из прочих условно-патогенных возбудителей во 2-й группе преобладали грибы рода Candida и Gardnerella vaginalis, что указывает на нарушение баланса микрофлоры, которое может создавать условия для дальнейшего роста кондилом.

Учитывая, что в период беременности назначение противовирусных и иммуномодулирующих медикаментозных средств в отношении папилломавирусной инфекции имеет большие ограничения, то ожидаем риск рецидивов ОК. Этот риск, безусловно, поддерживается анемичным состоянием и может усугубляться без адекватной коррекции. В связи с чем, тщательное формирование программы питания беременных с анемией и щадящая медикаментозная коррекция; санация сопутствующих ИППП и других инфекций, способных поддерживать дисбиоз влагалищной среды, приводящий к усилению выделений из половых путей и зуду в области гениталий; синхронное обследование и лечение полового партнера во избежание повторных заражений имеют важное значение для успешного лечения ОК у беременных.