

3. Колганова, А.А. Прогнозирование мекониальной аспирации у плода в анте- и интранатальном периодах: автореф. дис. ... кан. мед. наук / А.А. Колганова. – Ростов-на-Дону. – 2010. – 28 с.

4. Сидорова, И.С. О риске развития аспирационного синдрома у новорожденных / И.С. Сидорова, А.Б. Эдокова, И.О. Макаров и др. // Рос. вестн. перинатол. и пед. 2000. – № 3 – С. 13–16.

5. Шабалов, Н.П. Основы перинатологии / Н.П. Шабалов М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 640 с.

ГИГАНТСКАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*¹Милош Т.С., ¹Гутикова Л.В., ²Сайковская В.Э., ²Разина С.А.,
²Кашко Л.И., ²Высокоморная Е.А.*

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Генитальные бородавки возникают в результате инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ), который является наиболее распространенной вирусной инфекцией в мире, представляет собой существенную эпидемиологическую и клиническую проблему независимо от возраста, пола и расовой принадлежности больных. В возникновении генитальных кондилом значимая роль принадлежит инфекциям, передаваемым половым путем, раннее начало половой жизни, беспорядочные половые контакты, частые беременности и роды и др. Заболевание отмечается с одинаковой частотой как у женщин, так и мужчин в возрасте 20-40 лет [4].

По литературным данным известно, что гигантская кондилома Бушке-Левенштейна является редкой экзофитной разновидностью остроконечных бородавок, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией, в основном ВПЧ-6, ВПЧ-11, ВПЧ-18, ВПЧ-31, ВПЧ-33 типов [2]. Их выявление и типирование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), даже при субклиническом течении, могут служить патогномичным признаком ВПЧ-инфекции вульвы и аногенитальной области. Белки папилломавирусов могут влиять на иммунный ответ, направленный на клетки, пораженные вирусом, путем воздействия на продуцирование цитокинов, а также влияя на выработку антигенов [1].

При этом, характерной клинической особенностью кондиломы Бушке-Левенштейна служит прогрессивный рост и слияние папиллом в опухолевидный конгломерат на широком основании, поверхность которого покрыта роговыми чешуйками, склонными к мацерации и изъязвлению. Беременность инициирует стремительное развитие гигантской кондиломы. Это связано с изменением во время гестации гормонального фона и некоторым ослаблением иммунной системы женщины. Вместе с этим, кондиломы не влияют во время беременности на вынашивание ребёнка, но способ родоразрешения и безопасность плода определяют их расположение и размеры.

Известно, что в 2011 в Гродненском областном клиническом перинатальном центре (ГОКПЦ), выполнено 379 исследований на ВПЧ, из них высокий онкогенный риск установлен в 83 случаях (21,9%), в 2012 году - 820 и 190 (23,2%), 2013 году – 1075 и 231 (21,5%), 2014 году – 1008 и 142 (14%).

Под нашим наблюдением находилась пациентка В., 20 лет из г. Щучина, которая в январе 2013 года была направлена на консультацию в областное консультативно-диагностическое отделение «Брак и семья» ГОКПЦ по направлению акушера-гинеколога Щучинской районной женской консультации с диагнозом: «Беременность 13 недель. Кондиломатоз вульвы».

Из анамнеза известно, что женщина росла и развивалась нормальным ребенком. Туберкулез, сахарный диабет, венерические заболевания, ревматизм, психические заболевания, вирусный гепатит, гипертоническую болезнь отрицает. Аллергологический и наследственный анамнез не отягощен. Первые менструации появились в возрасте 12 лет, менструальный цикл – 28-29 дней, продолжительность – 4-5 дней, безболезненные. Половая жизнь в возрасте 18 лет. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки с 2012 года. Первая беременность в возрасте 19 лет – настоящая. Последняя менструация 20.10.12 г. Считает себя больной с сентября 2012 г., когда впервые появились многочисленные попилломатозные и остроконечные образования на вульве и перианальной области, субъективно приносящие чувство дискомфорта, безболезненные. За медицинской помощью женщина не обращалась. Впервые пришла к акушеру-гинекологу

29.12.2012 года в сроке 9-10 недель беременности для постановки на диспансерный учет.

Пациентка обследована клинически и лабораторно согласно клиническим протоколам [3], осмотрена смежными специалистами. Установлено: женщина болеет бронхиальной астмой с 1997 года, наличие миопии слабой степени правого глаза, в июле 2012 года острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, выявлен иммунодефицит.

23.01.2013 г. консультирована в областном онкодиспансере (ООД) г. Гродно, где при биопсии вульвы № 3166 гистологически установлено – остроконечная кондилома. Получала лечение в виде применения альдара, отмечался лишь временный регресс образований.

28.02.2013 года повторно обратилась на консультацию в областное консультативно-диагностическое отделение «Брак и семья» УЗ «ГОКПЦ» с диагнозом: беременность 18-19 недель. Сливной кондиломатоз вульвы. Бронхиальная астма, легкое течение ДН₀. При совместном осмотре с сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета и заведующим поликлиникой УЗ «ГОКПЦ» выявлено наличие от лобка до анального отверстия множественных грибовидных, папилломатозных разрастаний, возвышающихся над поверхностью кожи и слизистой от 2,0 до 3,5 см с участками мацерации. Per speculum: слизистая влагалища со множественными остроконечными кондиломами. Шейка матки цианотичная, выделения желтоватого цвета, обильные с резким неприятным запахом. Per vaginum: влагалище нерожавшей. Шейка матки кзади, плотная, укорочена до 2,5 см. Цервикальный канал закрыт. Тело матки увеличено до 18-19 недель беременности. Крестцовая впадина свободна. Стенки таза гладкие. Мыс не достигается. Диагноз: Беременность 18-19 недель. Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна. Кольпит. Бронхиальная астма, легкое течение ДН₀. Взяты мазки на атипичные клетки, флору, выполнена биопсия отдельных участков кондиломатоза. Рекомендовано повторное обследование на ВПЧ, RW, УЗИ – скрининг. Комплексная противовоспалительная, антибактериальная терапия в условиях стационара по месту жительства, местные ап-

пликации мирамистина, хлоргексидина, протекфлосана, эпиген-спрея, свечи «Тержинан» во влагалище № 10.

В тот же день пациентка повторно консультирована в ООД г. Гродно. Рекомендовано: биопсия участков кондиломатоза на фоне беременности сохраняющей терапии. При отсутствии отрицательной динамики наблюдение участкового акушера-гинеколога на фоне общеукрепляющей терапии до родов. В случае наличия показаний – повторная консультация в ООД со стеклопрепаратами. О пациентке сообщено районному акушеру-гинекологу. 21.03.2013 г. консультирована в Гродненском областном кожвендиспансере, где взят мазок на флору и посев на гонорею.

Вместе с этим, у беременной методом ПЦР выявлена ДНК высокого канцерогенного риска - 16,18,31,35 типов вируса папилломы человека. ДНК вируса простого герпеса не обнаружена. При биопсии отдельных участков кондиломатоза № 7629 гистологически установлено – попиллома. В каждом мазке наличие обильной коккобациллярной флоры.

Повторно консультирована сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета в областном консультативно-диагностическом отделении «Брак и семья» УЗ «ГОКПЦ» в сроке 21-22 и 33-34 недели беременности. Регресс образований не отмечался. В ходе обследования установлена анемия легкой степени тяжести. Рекомендовано продолжить противовирусную, противовоспалительную терапию в условиях стационара по месту жительства: местные аппликации Мирамистина, хлоргексидина, протекфлосана, эпиген-спрея, свечи «Генферон» 250 000 ЕД 2 раза в сутки и «Тержинан» во влагалище № 10, антианемическая терапия - «Тотема» 2 раза в сутки per os в течение 1-го месяца, проводить профилактику фето-плацентарной недостаточности.

Беременность закончилась срочными родами 24.07.2013 года путем операции кесарево сечение из-за наличия гигантского кондиломатоза вульвы с рождением девочки весом 3150 гр. без инфицирования. Послеоперационный период протекал без осложнений. Спустя 3 месяца первым этапом с целью подготовки к оперативному лечению назначены ципрофлоксацин 0,25 г 3 раза в день, метронидазол 0,25 г 3 раза в день, генферон по 500 000

МЕ в свечах 10 дней, эстифан по 1т 3 раза в день. Вторым этапом была выполнена радиоволновая резекция опухоли на аппарате «Сургитрон» с наложением гемостатических швов. Затем назначен иммуноглобулин по 1,5 мл на курс 3 инъекции, генферон по 500 000 МЕ в свечах 10 дней, наружно эпиген-спрей. Далее даны рекомендациями по контрацепции, общеукрепляющей, иммуностимулирующей терапии, наблюдение в группе резерва родов и проведение полной преконцептивной подготовки при дальнейшем планировании беременности. Спустя 3 месяца констатировали полную эпителизацию раневой поверхности и выздоровление.

Итак, приведенный клинический случай подтверждает возможность развития гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна, обусловленный беременностью. Выполненная комплексная поэтапная терапия обеспечила полное выздоровление и рождение здорового ребенка.

Литература

1.Зубрицкий, М.Г. Папилломавирусы человека: строение, роль в онкогенезе, а также механизмы противовирусного иммунитета /М.Г. Зубрицкий, О.В. Андреева, М.И. Яколцевич и др.// Журнал ГрГМУ. – 2008. – №1. – С. 3–5.

2.Иванов, О.Л. Кожные и венерические болезни / О.Л. Иванов // М.: Шико, 2006. – 213 с.

3.Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 октября 2012 года № 1182 «Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии».

4. Kreuter, A. Imiquimod leads to a decrease of human papillomavirus DNA and to a sustained clearance of anal intraepithelial neoplasia in HIV-infected men /A. Kreuter, A. Potthoff, N. H. Brockmeyer et al. / J. Invest. Dermatol. – 2008. – № 128(8) – P. 2078–2083.