**Папилломавирусная инфекция: что это?**

Папилломавирусная инфекция человека (ВПЧ-инфекция) – антропонозная вирусная инфекция с контактным механизмом передачи, которая может иметь как бессимптомное течение, так и клинически выраженное – в виде доброкачественных и злокачественных новообразований кожи и слизистых оболочек.

По распространенности папилломавирусная инфекция занимает первое место среди инфекций, возбудители которых передаются половым путем. За последнее десятилетие количество инфицированных больных, по данным Всемирной организации здравоохранения, увеличилось более чем в 10 раз. Максимум заражения ВПЧ-инфекцией приходится на возраст 18-25 лет.

По данным различных авторов, частота встречаемости ВПЧ-инфекции варьирует от 15 до 50 на 100 тысяч населения. Кроме клинических и субклинических форм при данном виде инфекционного процесса достаточно часто встречается, так называемое носительство, без ярких манифестных форм заболевания. Такие формы выявляются случайно, при проведении обследования. Цифры крайне велики и достигают 30% здорового населения. 50% сексуально активных мужчин и женщин приобретают инфекцию ВПЧ один раз в жизни. К 50-летнему возрасту 80 % женщин приобретут ВПЧ инфекцию. Около 6 миллионов людей ежегодно инфицируются новой ВПЧ инфекцией.

***Пути передачи***

Вирусы папилломы человека этиологически связаны с развитием патологических изменений шейки матки и, собственно, рака шейки матки, а также аногенитальных бородавок (кондилом) и рецидивирующего респираторного папилломатоза. Помимо этого, ВПЧ ассоциирован с другими злокачественными новообразованиями — плоскоклеточным раком ануса, вульвы, вагины, пениса, а также головы и шеи. На сегодняшний день описано и хорошо изучено приблизительно 130 различных типов ВПЧ. Еще большее число представителей изучено частично и впоследствии может быть отнесено к новым типам ВПЧ. Приблизительно 30–40 типов возбудителя инфицируют аногенитальную область, из них 15–20, ассоциированных с раком, относят к группе высокого риска и около 10–15, ассоциированных с генитальными кондиломами (бородавками) и другими поражениями доброкачественного характера, — к группе низкого риска. Доказано, что до 70% случаев рака шейки матки и анального рака вызваны высокоонкогенными ВПЧ 16-го и 18-го типов, а более 90% аногенитальных бородавок — ВПЧ 6 и 11.

Для ВПЧ-инфекции возможна реализация как горизонтального, так и вертикального путей передачи. Основным и наиболее распространенным горизонтальным путем передачи генитальной ВПЧ-инфекции является половой путь (генитально-генитальный, мануально-генитальный, орально-генитальный). Инфицирование происходит при наличии микротравм в эпителиальной ткани (из-за механической травматизации во время полового контакта, бактериальных микроповреждений и т.д.).

Вертикальная передача от инфицированной матери к новорожденному может происходить во время родов за счет аспирации ребенком цервикального или вагинального материала. Также имеются сведения о возможной передаче ВПЧ-инфекции через амниотическую жидкость или плаценту.

***Клинические проявления ВПЧ-инфекции***

Наиболее часто ВПЧ-инфекция протекает субклинически, обычно на фоне различных гинекологических заболеваний, таких как вульвовагинит, псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит. Почти закономерно сочетание ВПЧ-инфекции с другими инфекциями, передающимися половым путем – сифилис, гонорея, хламидиоз, генитальный герпес, трихомоноз. Самыми частыми жалобами является зуд и жжение в области гениталий, наличие выделений, диспареуния, дизурические явления. Клинические проявления инфекции очень вариабельны, что связано с поражением эпителия различными серотипами вируса. Специфическими для ВПЧ-инфекции симптомами являются кондиломатоз вульвы, кондиломатоз влагалища, кондиломатоз шейки матки.

Одной из форм ВПЧ-инфекции является ювенильный рецидивирующий папилломатоз гортани, которым страдают первенцы, рожденные юными матерями, при родах естесственным путем.

Особой формой ВПЧ-инфекции является рецидивирующий папилломатоз респираторного тракта. Он представляет собой доброкачественное опухолевидное заболевание – разрастание папиллом по всему респираторному тракту – от полости носа до периферии легких, наиболее часто поражается гортань.

К вирусам высокого онкогенного риска относятся типы: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 и 68. К вирусам низкого риска – 6, 11, 42, 43, 44.

***Профилактические мероприятия***

Первичная профилактика, целью которой является предотвращение заражения в случае с ВПЧ-инфекцией, может быть направлена на механизм передачи инфекции и восприимчивый организм. Меры по предотвращению реализации механизма передачи направлены на изменение сексуального поведения (раннее начало половой жизни, количество сексуальных партнеров). Прерыванию полового пути передачи возбудителя способствуют барьерные методы контрацепции, однако презерватив обеспечивает лишь частичную защиту от инфицирования и, снижая риск передачи, не гарантирует надежной защиты от ВПЧ-инфекции.

Наиболее эффективное средство первичной профилактики – вакцинация против ВПЧ-инфекции. На сегодняшний день в мире разработано три вакцины для предупреждения инфицирования ВПЧ-инфекцией – Гардасил (производство кампании Мерк&Ко) против 4-х типов ВПЧ (16, 18, 6, 11), Церварикс (ГлаксоСмитКляйн) против 2-х типов ВПЧ (16, 18), Гардасил 9 (производство кампании Мерк&Ко) против 9 типов ВПЧ (16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52, 58).

В настоящее время в Республике Беларусь зарегистрированы и применяются 2 вакцины против вируса папилломы человека: квадривалентная Гардасил и бивалентная Церварикс.

Профилактические прививки против ВПЧ в Национальный календарь профилактических прививок Республики Беларусь не входят, осуществляются по желанию граждан на платной основе в организациях здравоохранения и медицинских центрах.

Профилактические прививки против папилломавирусной инфекции рекомендуется проводить девочкам в возрасте 9-13 лет. Курс иммунизации состоит из трех профилактических прививок. При использовании четырехвалентной вакцины вторая и третья дозы вводятся через 2 месяца и через 6 месяцев после первой дозы. При ускоренной схеме иммунизации минимальный интервал между первой и второй дозами составляет 4 недели, между второй и третьей дозой — 12 недель. При использовании двухвалентной вакцины вторая и третья дозы вводятся через 1 месяц и 6 месяцев после первой дозы. При изменении схемы иммунизации вторая доза может быть введена через 1-2,5 месяца после первой, третья доза — через 5-12 месяцев после первой дозы.

После проведенной прививки проводится медицинское наблюдение в соответствии с требованиями нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.