



В.В. КАМИНСКИЙ

В. В. Каминский, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика, главный акушер и гинеколог МЗ Украины, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор

Е. Н. Борис, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика, заведующая клиникой репродуктивных технологий УГИР НМАПО имени П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук

Л. В. Сусликова, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика, директор УГИР, доктор медицинских наук

В. В. Суменко, заведующий лабораторией УГИР, кандидат медицинских наук

А. В. Каминский, заведующий отделением планирования семьи и ВРТ УГИР, кандидат медицинских наук

И. А. Гак, младший научный сотрудник УГИР, заведующая отделением репродуктологии и эндокринной гинекологии КГЦРПМ

И. В. Малышева, младший научный сотрудник кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика, врач – акушер-гинеколог отделения планирования семьи и ВРТ УГИР

Комплексный этиопатогенетический подход к терапии предопухоловой патологии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией

В структуре общей онкогинекологической заболеваемости женщин в Украине рак шейки матки (РШМ) составляет 6 %. Среди злокачественных опухолей органов репродуктивной системы РШМ занимает третье место после рака молочной железы и рака эндометрия. Ежегодно регистрируются свыше 5 тысяч первичных больных РШМ [3; 8].

С 1990 года отмечается общая тенденция к повышению заболеваемости и смертности от РШМ, а с 1997 года, по данным Национального канцер-регистра Украины, зарегистрировано увеличение заболеваемости РШМ в молодом возрасте: в 20–24 года с – 1,7 до 2,9 случаев на 100 тысяч женского населения; в 30–34 года – с 14,6 до 18,5 случаев на 100 тысяч женского населения [4; 15].

Канцерогенез в эпителии шейки матки является этапным процессом и может

длиться от 2 до 10 лет, однако соответствующее лечебное воздействие на ранних стадиях развития цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН) позволяет избежать возникновения инвазивных форм рака [5]. ЦИН являются последовательными стадиями преинвазивных повреждений шейки матки [7; 10]. Следует отметить тот очень важный факт, что на любом этапе этот процесс может прерваться благодаря активации иммунитета, апоптоза или спонтанной регрессии. У 25,0 % больных в Украине РШМ диагностируется в запущенных стадиях. Стабильно высоким остается и летальность до года, уровень которой является интегрированным показателем качества диагностики и лечения РШМ и составляет 20,1 % (Федоренко З. П., 2002).

Исследованиями последних лет установлена этиопатогенетическая связь ЦИН с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) [6]. ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) выявляются примерно у 99 % больных с предопухоловой патологией шейки матки и РШМ. Генитальная ПВИ относится к заболеваниям, передающимся половым путем и имеет высокую контагиозность. В мире количество инфицированных женщин за последнее десятилетие увеличилось более чем в 10 раз (Franco E. L., 2000). ЦИН возникают преимущественно у молодых нерожавших женщин. При несвоевременной диагностике и лечении тяжелые формы дисплазии и РШМ обнаруживают у беременных, что приводит к необходимости прерывания беременности и проведению оперативных вмешательств. Дисплазии эпителия шейки матки (ШМ) относятся к предраковым заболеваниям и в 30 % трансформируются в рак шейки матки. При дисплазии происходит перестройка эпителиального слоя в целом, нарушается тканевая дифференциация, появляются молодые недифференцированные клеточные элементы с признаками атипии [6; 12].

Широкие эпидемиологические исследования с очевидностью подтвердили причинную связь между ПВИ и большинством дисплазий шейки матки [5–7; 11]. В Украине от этого заболевания ежегодно умирает около 2500 женщин, 500 из них трудоспособного возраста (Национальный канцер-регистр Украины, 2006) [13; 14].

В Европейской зоне у здоровых женщин, как и у больных РШМ, наиболее часто выявляется ВПЧ-16. В 1,5–2 раза реже выявляется ВПЧ-18. Суммарно на долю ВПЧ-16 и -18 приходится 45 % от общего числа всех папилломавирусов. Среди других типов ВПЧ в Европе и США чаще других выявляют ВПЧ-31, -33, -35, что в совокупности составляет около 8 % от общего ВПЧ-инфицирования, а также ВПЧ-6, -11 (9%) [2; 11].

С ВПЧ высокого онкогенного риска связаны изменения эпителия шейки матки и характерные кольпоскопические картины, а именно – атипичная зона трансформации –

44,8 %, мозаика – 17,2 %, ацетобелый эпителий – 31 %, пунктуация – 20,7 %. Подобные изменения наблюдаются и у больных начальным РШМ: у 94,6 % больных при кольпоскопическом обследовании выявлена атипия эпителия в цервикальном канале, у 40,7 % – поля атипичного эпителия, у 28,0 % – папиллярная зона атипичного эпителия, у 23,7 % – зона трансформации атипичного эпителия, у 31,0 % – пролиферирующая лейкоплакия, у 18,0 % – кондиломы плоские и острые, у 13,3 % – зона атипичной васкуляризации, у 8,7 % – полипы цервикального канала с атипичными эпителиальными изменениями, у 7,3 % – субэпителиальный эндометриоз шейки матки, у 4,0 % – буллезный отек эпителия [1; 5]. Такие факторы, как низкий уровень фолатов, антиоксидантов, бета-каротина, витаминов С и Е, гипоксия тканей могут переводить латентную ВПЧ-инфекцию в субклинические формы поражения и способствовать развитию ЦИН. Длительная персистенция ВПЧ является показателем возможных рецидивов патологических процессов шейки матки [7; 10].

Среди эндогенных модифицирующих факторов в генезисе злокачественных заболеваний ШМ, индуцированных ВПЧ, в первую очередь выделяют нарушения системного иммунного, в частности гуморального ответа.

В патогенезе ПВИ многие вопросы остаются нерешенными: не определены причины затянувшегося и рецидивирующего течения ПВИ; не изучены основные механизмы, которые приводят к формированию иммунодефицитных состояний; не выяснено влияние течения ПВИ на систему интерферона, клеточного и гуморального иммунитета; не определена природа дополнительных кофакторов, которые индицируют прогрессию цервикальных интраэпителиальных неоплазий в РШМ; не разработаны индивидуальные подходы к лечению различных клинических и субклинических форм, а также критерии выбора методов лечения; не определены показания относительно использования деструктивных методов лечения, отсутствует иммуно-

логическое обоснование патогенетической терапии при папилломавирусных заболеваниях ШМ. Не исследованы вопросы прогнозирования развития, течения и завершения папилломавирусных поражений [9].

Основными принципами лечения патологии шейки матки являются:

- 1) обеспечение комплексного этиопатогенетического безрецидивного лечения;
- 2) использование органосохраняющих методов лечения у женщин репродуктивного возраста.

У больных с дисплазией метод лечения выбирают с учетом данных комплексного клиничко-эндоскопического, цитологического, бактериоскопического, бактериологического и молекулярно-биологического (ПЦР) исследований содержания цервикального канала и морфологического исследования материала целенаправленной биопсии в сопоставлении с показателями гормонального фона [11].

Учитывая все вышесказанное, особенно актуальным является поиск наиболее эффективных, малотравматичных, безрецидивных и безопасных методов, которые позволили бы сохранить репродуктивную и сексуальную функции женщины, а значит и качество ее жизни [15]. Наряду с ликвидацией патологического очага необходимо использовать терапевтические схемы, которые предполагают устранение или ослабление влияния факторов возникновения, персистенции и прогрессирования заболевания, однако значительные трудности в лечении ПВИ связаны с отсутствием специфического противовирусного препарата для подавления ВПЧ [1; 12]. Известно, что именно интерфероны (эндогенные цитокины, обладающие противовирусным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием) обеспечивают неспецифическую противовирусную защиту благодаря способности подавлять репродукцию вирусов. Недостатком системного применения инъекционных интерферонов являются гриппоподобный синдром, боли в суставах, головная боль, могут отмечать-

ся диарея и даже галлюцинации. Поэтому более безопасными являются препараты рекомбинантного интерферона альфа-2b в форме суппозиторий для ректального введения, при использовании данных форм основное действующее вещество препарата всасывается непосредственно в кровь, минуя портальную систему печени, что исключает развитие побочных эффектов, присущих инъекционным формам. Мы остановили свой выбор на препарате группы рекомбинантного интерферона альфа-2b суппозиториях «Виферон-ферон» для ректального применения (в дозировке 1 млн МЕ), так как при ПВИ получены данные о его высокой эффективности при хорошем уровне доказательности, ректальное применение «Виферон-ферона» способствует более длительной циркуляции интерферона в крови (до 12 часов), чем при внутривенном или внутримышечном введении препаратов интерферона. Помимо противовирусного действия препарат также оказывает противоопухолевый эффект, свойственный интерферону [4; 15].

Классификация иммуномодуляторов по происхождению (Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин) не позволяет сделать патогенетически обоснованный выбор необходимого препарата из этой группы. Мы подошли к выбору иммуномодулятора исходя из сопоставления механизма действия препарата и основных иммунных нарушений при папилломавирусных поражениях шейки матки. Известно, что клеточный иммунитет играет критическую роль в развитии папилломавирусной инфекции, в частности, отмечается снижение показателей Т-клеточного звена иммунитета, иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8), количества клеток Лангерганса и иммунного ответа цервикальных лимфоцитов, снижена функциональная активность натуральных киллеров (NK). Учитывая эти данные, в лечении папилломавирусной инфекции необходима иммунокорректирующая терапия, которая восстанавливает преимущественно активность клеточного звена иммунной системы.

Данным механизмом обладает иммуномодулятор «Иммуномакс», который представляет собой высокомолекулярный пептидогликан растительного происхождения. Иммуномодулирующий эффект препарата связан со способностью активировать клетки макрофагально-моноцитарной системы. Следствием активации клеток этой системы является повышение функциональной активности практически всех звеньев защиты организма от инфекции. «Иммуномакс» усиливает цитолитическую активность NK-клеток в 3 раза, его действие в несколько раз сильнее ИЛ-2, который является известным стимулятором NK-клеток и специфических Т-киллеров – индукторов апоптоза. Восстанавливая активность макрофагов, «Иммуномакс» улучшает их антигенпрезентирующую функцию, вследствие чего нормализуется соотношение субпопуляций лимфоидных клеток и повышается специфичность иммунного ответа организма на любой антиген. «Иммуномакс» назначался по схеме его применения при деструкции ШМ на фоне ВПЧ (в/м по 200 ЕД № 6). Местное лечение включало также «Гепон» – иммуномодулятор с противовоспалительной и противовирусной активностью, который легко всасывается эпителием и слизистыми оболочками и поэтому эффективно активизирует местный иммунитет, ускоряет заживление и уменьшает риск возникновения рубцовой ткани в зоне деструкции.

Таким образом, целью нашего исследования было изучение эффективности и безопасности проведения разработанной нами комплексной комбинированной терапии предопухолевого патологического состояния шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией.

Материалы и методы

Для достижения цели на базе кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика были обследованы 107 женщин репродуктивного возраста с предопу-

холевой патологией шейки матки легкой и средней степеней тяжести, в анамнезе которых указано более двух половых партнеров. Средний возраст испытуемых составлял от 18 до 55 лет. Пациентки были рандомизированы на две группы – основную и группу сравнения. Основную группу составили 55 женщин, которым было проведено комплексное лечение по схеме: интерферонотерапия за 10 дней до криодеструкции рекомбинантным интерфероном альфа-2b («Виферон-ферон» 1 млн МЕ) в течение 10 дней, криодеструкция, иммуномодулирующая терапия в 2 этапа препаратом «Иммуномакс» и местная терапия препаратом «Гепон».

В группу сравнения были отнесены 52 женщины, которые получали терапию, в состав которой входили различные противовирусные препараты («Лаферон» 3 млн ЕД, который использовался один раз в сутки через день в течение 10 дней внутримышечно, «Протефлазид» и др.). В последующем пациенткам была произведена криодеструкция. Также всем пациенткам была рекомендована вакцинация.

Всем включенным в исследование было проведено комплексное обследование, которое предусматривало оценку их клинического состояния, сбор анамнеза, жалоб, внешнего осмотра и осмотра в зеркалах, кольпоскопии (простой и расширенной), бактериологического, вирусологического (метод полимеразной цепной реакции – ПЦР) и гистологического исследований.

Кольпоскопический, цитологический и лабораторный контроль лечения у обследуемых женщин основной и контрольной групп был проведен через 1,5, 3 и 6 месяцев после лечения; проводилась оценка эффективности препаратов, а оценка безопасности включала регистрацию и анализ побочных эффектов. Критерием выздоровления являлись отсутствие кольпоскопических и цитологических признаков дисплазии. Для статистической обработки полученных данных использовали программу Microsoft Excel. Достоверность динамики показате-

лей под влиянием лечения оценивали по t-критерию Стьюдента для парных вариантов. Достоверными считали их различия при значениях $p < 0,05$.

В результате нашего исследования нами выделены обязательные цитологические признаки, связанные с инфицированием ВПЧ: койлоцитоз (рис. 1); дискариоз; дискератоз; гиперкератоз; двуядерность (рис. 2); многоядерность.

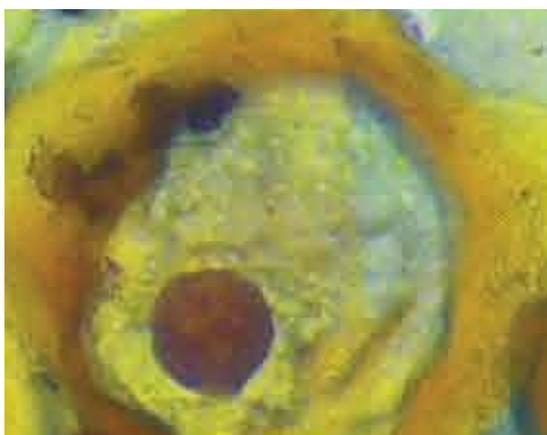


Рис. 1. Цитограмма. Койлоцит с выраженной перинуклеарной зоной. Окраска по Папаниколау, $\times 1000$

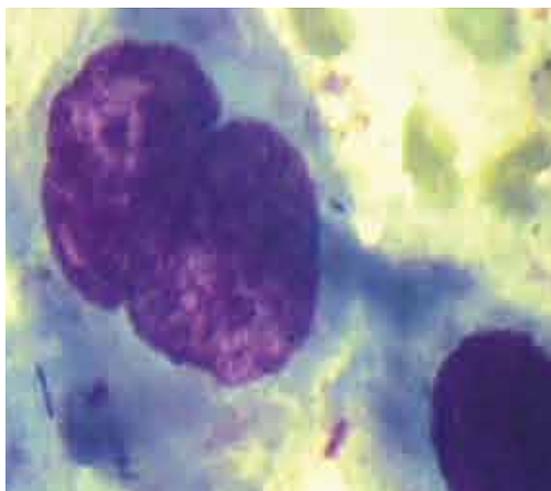


Рис. 2. Цитограмма. Двуядерная клетка с цитопатическими вирусными изменениями. Окраска по Папенгейму, $\times 1000$

Существуют следующие формы проявления ВПЧ:

- доклиническая – это слабая гипертрофия цилиндрического и плоского эпителия шейки матки;
- цитологическая – двуядерность (рис. 2), анизокариоз;

- клиническая – остроконечные кондиломы; плоские кондиломы;
- субклинические – лейкоплакия, пролиферирующая лейкоплакия; поля дисплазии (мозаика), поля атипичного эпителия (рис. 3); папиллярная зона дисплазии (пунктуация) – папиллярная зона атипичного эпителия (рис. 4);
- предопухолевая зона трансформации – атипическая зона трансформации (рис. 5).



Рис. 3. Кольпофото. Поля дисплазии метаблазированного эпителия (мозаика). $\times 12$. Обзор в зеленом фильтре

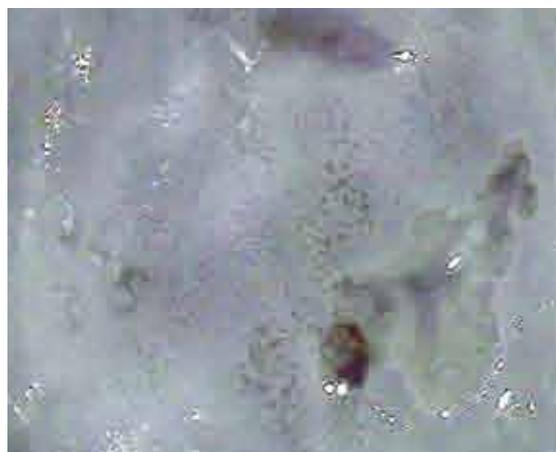


Рис. 4. Кольпофото. Папиллярная зона дисплазии (пунктуация) $\times 12$. Обзор в зеленом фильтре



Рис. 5. Кольпофото. Предопухолевая зона трансформации. $\times 12$

Схема лечения:

1) интерферонотерапия за 10 дней до криодеструкции рекомбинантным интерфероном альфа-2b («Виферон-ферон», Россия) по 1 суппозиторию 1000 000 МЕ (1 млн МЕ) 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 10 дней;

2) иммуномодулирующая терапия: «Иммуномакс» по 200 ЕД внутримышечно № 6 (в 2 этапа): I этап – 3 инъекции до месячных и криодеструкции, затем – перерыв на время месячных (4 дня), затем – криодеструкция; II этап – 3 инъекции после криодеструкции;

3) местная терапия (со 2-го дня после деструкции) использование тампонов с «Гепоном» и офлокаиновой мазью.

Результаты исследования и их обсуждение

Все женщины, которые принимали участие в исследовании, были сходными по возрасту, социальному положению и репродуктивному анамнезу. По количеству и типу высокоонкогенных вирусов папилломы человека в исследуемых группах не было достоверных различий. При обследовании пациенток было установлено, что в основной группе наблю-

Таблица 1

Множественные корреляции отобранных параметров

Предраковые процессы шейки матки	Основная группа				Контрольная группа			
	Начало исследования, n=55		Результаты через 6 мес., n=55		Начало исследования, n=52		Результаты через 6 мес., n=52	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Поля дисплазии	17	30 \pm 4,1*	0	0	17	32,6 \pm 5,2*	1	1,9 \pm 1,3*
Папиллярная зона дисплазии	13	23,6 \pm 4,5*	1	1,8 \pm 1,3*	18	34,6 \pm 5,3*	4	7,6 \pm 2,7*
Поля дисплазии в сочетании с папиллярной зоной дисплазии	19	34,5 \pm 5,2*	0	0	12	23 \pm 4,5*	1	1,9 \pm 1,3*
Предопухолевая зона трансформации	3	5,4 \pm 2,3*	0	0	3	5,7 \pm 2,3*	1	1,9 \pm 1,3*
Лейкоплакия	2	3,6 \pm 1,8*	0	0	1	1,9 \pm 1,3*	0	*
Кондилома	1	1,8 \pm 1,3*	0	0	1	1,9 \pm 1,3*	0	*

Примечание: * – $p < 0,05$.

**Результаты динамического лабораторного наблюдения ПЦР ВПЧ
высокого канцерогенного риска у женщин обследуемых групп**

Вирусная нагрузка	Основная группа, n=55			Группа сравнения, n=52		
	До лечения	Через 3 мес.	Через 6 мес.	До лечения	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Клинически малозначимая ВН: <3 Lg ВПЧ/10 ⁵ клеток	3	36	49	3	22	31
Клинически значимая ВН: от 3 до 5 Lg ВПЧ/10 ⁵ клеток	27	12	5	28	19	13
Клинически высокозначимая ВН: >5 Lg ВПЧ/10 ⁵ клеток	25	7	1	21	11	8

далися поля дисплазии в 30 % случаях, папиллярная зона дисплазии – в 23 %, поля дисплазии в сочетании с папиллярной зоной дисплазии у 19 % женщин, предопухолева зона трансформации – в 5,4 % случаев, кондиломы шейки матки у 1 (1,8 %) женщины, лейкоплакия – в 3,6 %, в группе контроля – поля дисплазии в 32,6 % случаев, папиллярная зона дисплазии – в 34,6 %, поля дисплазии в сочетании с папиллярной зоной дисплазии у 12 % женщин, предопухолева зона трансформации – в 5,7 %, кондиломы шейки матки у 1 (1,9 %) женщины, лейкоплакия – у 1,9 % (табл. 1).

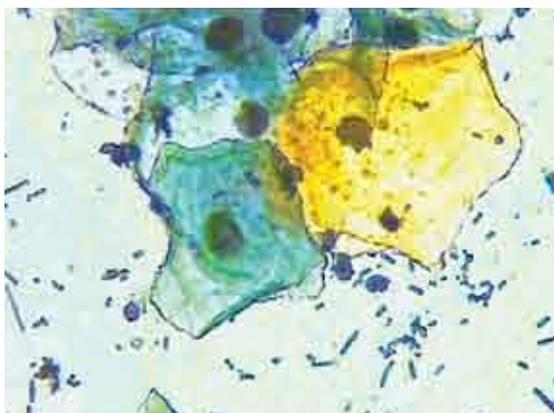


Рис.6. Цитограмма. Плоский эпителий поверхностных слоев с нормоплазией. Окраска по Папаниколау, × 600

В начале назначенного лечения определялась клинически высокозначимая вирусная нагрузка (> 5 Lg ВПЧ 10⁵ клеток). При проведении ПЦР-диагностики ВПЧ-групп А9, А7, А5/А6 в динамике отмечено снижение клинически значимой вирусной нагрузки. Результаты динамического лабораторного наблюдения представлены в табл. 2.

Кольпоскопический, цитологический и лабораторный контроль лечения у обследуемых женщин основной и контрольной групп были проведены через 1,5, 3 и 6 месяцев после окончания назначенного лечения.

Эффективность терапии оценивали по общепринятым клиническим параметрам, результатам кольпоскопического, цитологического и лабораторного исследований.

При цитологическом исследовании установлена положительная динамика, мазки представлены плоским эпителием с нормоплазией (рис 6).

При неоднократном контроле у обследуемых женщин было выявлено, что при клиническом исследовании нормальная цитоморфологическая и кольпоскопи-

ческая картина имела место в основной группе у 98 %, в группе сравнения – у 86 % больных.



Рис. 7. Кольпофото. Эпителий шейки матки через 3 месяца после комбинированного лечения предопухоловой патологии шейки матки

Обе схемы лечения обеспечивали клиническую эффективность: 98,1 % для комбинированной схемы («Виферон-ферон», «Иммуномакс» и «Гепон») и 86,7 % для схемы с «Лафероном» и «Протефлазидом» с очевидным преимуществом первой схемы. Нами определено, что за все время наблюдения (в течение 6 месяцев) рецидивы предопухоловой патологии шейки матки, вызванные ВПЧ, наблюдались лишь у 1 (1,8 %) пациентки основной группы и 7 (13,3 %) женщин группы контроля, что требовало дополнительной терапии. У данных женщин при обследовании выявлено более 3 типов ВПЧ с высокой вирусной нагрузкой (ВН). Во время заключительного визита женщинами была оценена комплаентность (удовлетворенность) проводимой терапии в основной группе и группе контроля с точки зрения врача и пациента. Критериями оценки по пятибалльной шкале (высший балл: оценка «отлично» – 100 %)

были определены эффективность и удобство использования назначенного лечения. Наиболее высоко (98 %) была оценена хорошая переносимость препаратов «Виферон-ферон», «Иммуномакс», «Гепон» и удобство использования (97 %) по сравнению с препаратами группы контроля (63 и 84 % соответственно).

Выводы

Полученные результаты показали высокую эффективность применения разработанной нами комплексной комбинированной схемы («Виферон-ферон», «Иммуномакс», «Гепон») для лечения предраковых заболеваний шейки матки на фоне ВПЧ у женщин репродуктивного возраста. Удобство использования, безопасность и хорошая переносимость данных препаратов обеспечивают высокую комплаентность больных рекомендованным режимом терапии. Использование «Виферон-ферона», «Иммуномакса», «Гепона» при лечении ВПЧ у обследованных женщин, по данным субъективных и объективных оценок, не вызывает осложнений и не сопровождается аллергическими (местными и общими) реакциями. Преимуществами применения данной терапии являются также выраженный иммуномодулирующий эффект, предотвращение развития рецидивов, практическое отсутствие побочных эффектов. Результаты предложенной нами схемы лечения патологии ШМ-комбинации медикаментозных препаратов с криодеструкцией подтверждают её эффективность, этиопатогенетическую обоснованность, целесообразность применения в клинической практике и возможность проведения в амбулаторных условиях.

Список литературы

1. Аношина Т. М. Оптимизация подходов к прогнозированию, диагностике и лечению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки : дис. канд. мед. наук / Т. М. Аношина. – Киев, 2005. – С. 294.
2. Аполихина И. А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин / И. А. Аполихина, В. И. Кулаков. – М. : Гэотар-МЕД, 2002. – С. 79–111.
3. Башмакова М. А. Папилломавирусная инфекция / М. А. Башмакова, А. М. Савичева. – М. : Медкнига; Н. Новгород : НГМА, 2002. – С. 6–14.
4. Бебнева Т. Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки / Т. Н. Бебнева, В. Н. Прилепская // Гинекология. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 77–81.
5. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. – С-Пб. : Фолиант. – 2002. – 542 с.
6. Вакуленко Г. А. Предопухолевые заболевания шейки матки / Г. А. Вакуленко, И. П. Щепотин, Е. В. Коханевич // Искусство лечения. – 2004. – № 12. – С. 10–117.
7. Воробьева Л. И. Роль противовирусной терапии в комплексном лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии легкой степени / Л. И. Воробьева, Н. Ф. Лигирда // Здоровье женщины. – 2009. – № 7 (43). – С. 125–128.
8. Карташов С. М. Анализ эффективности действия иммуномодуляторов, используемых в лечении папилломавирусной инфекции / С. М. Карташов, О. А. Белодед // Здоровье женщины. – 2009. – № 7 (43). – С. 161–164.
9. Киселев В. И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки / В. И. Киселев. – М. Комп. График Групп, 2004. – С. 9–47.
10. Коханевич Е. В. (и др). Патология шейки и тела матки: Руководство для врачей/ Нежин: Гидромакс, 2009. – С. 148–153.
11. Лакатош В. П. Современные подходы к диагностике, лечению и прогнозированию заболеваний шейки матки, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией : дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук по спец. / В. П. Лакатош. – Киев, 2001. – 297 с.
12. Безопасность вакцинации с целью профилактики рака шейки матки / Б. Ф. Мазорчук, Б. А. Болюх, А. П. Днестрянская [и др.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 4 (40) – С. 37–38.
13. Мелехова Н. Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста: дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук по спец. / Н. Ю. Мелехова. – М., 2005. – 297 с.
14. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки: методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии (клинические лекции) / В. Н. Прилепская // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 73–76.

Резюме

Комплексный этиопатогенетический подход к терапии предопухолевой патологии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией

В. В. Каминский, Е. Н. Борис, Л. В. Сусликова, В. В. Суменко, А. В. Каминский, И. А. Гак, И. В. Малышева

В статье изложена проблема заболеваемости шейки матки. Установлена роль ВПЧ в возникновении предраковых процессов шейки матки. Представлены результаты исследования женщин репродуктивного возраста с предопухолевой патологией шейки матки легкой и средней степени тяжести на фоне ВПЧ. Полученные данные показали высокую эффективность применения разработанной авторами комплексной комбинированной схемы лечения. Установлены целесообразность и высокая комплаентность предложенной терапии.

Ключевые слова: дисплазия эпителия шейки матки, ВПЧ, иммунотерапия, вакцинация, криодеструкция.

Summary

Комплексний етіопатогенетичний підхід до терапії передпухлинної патології шийки матки, асоційованої з папіломавірусною інфекцією

В. В. Камінський, О. М. Борис, Л. В. Суслікова, В. В. Суменко, А. В. Камінський, І. О. Гак, І. В. Малишева

У статті викладено проблему захворюваності шийки матки. Встановлено роль ВПЛ у виникненні передракових процесів шийки матки. Наведено результати дослідження жінок репродуктивного віку з передпухлинною патологією шийки матки легкого і середнього ступенів тяжкості на тлі ВПЛ. Отримані дані показали високу ефективність застосування розробленої авторами комплексної комбінованої схеми лікування. Встановлено доцільність і високу комплаєнтність запропонованої терапії.

Ключові слова: дисплазія епітелію шийки матки, ВПЛ, імунотерапія, вакцинація, криодеструкція.

Comprehensive Etiopathogenetic Approach to Treatment of HPV-Associated Precancerous Cervical Abnormalities

V. V. Kaminskyi, O. M. Borys, L. V. Suslikova, V. V. Sumenko, A. V. Kaminskyi, I. O. Hak, I. V. Malysheva

The article covers the issues of cervical diseases. It describes the role of HPV in causing precancerous processes in the cervix. The authors also present the results of study conducted in the reproductive age group of women with mild and moderate degree precancerous cervical abnormality associated with HPV. The obtained results showed high efficiency of applying the comprehensive combination therapy developed by us. The suggested therapy proved to be feasible and highly-compliant.

Key words: epithelial dysplasia of the cervix, HPV, immunotherapy, immunization, cryosurgery.