



back in USSR

Своевременные действия и целенаправленные достижения в борьбе с раком шейки матки



Авторы: Александр Ильгизирович Давыдов, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; Марина Николаевна Шахламова, докт. мед. наук, проф. той же кафедры (Москва)

Копирайтинг: Елена Матюхина, Мила Мартынова, Ольга Раевская

В кратком практическом руководстве «Комплексная борьба с раком шейки матки», выпущенном в 2010 году, эксперты ВОЗ считают, что **смертность** от этого заболевания — **неоправданная**¹. Своё мнение они основывают на том, что рак шейки матки (РШМ) отнесён к **наружной локализации**, то есть может быть легко обнаружен **при рутинном осмотре**; при этом убедительно доказано, что при условии своевременного выявления и эффективного лечения РШМ — одно из наиболее **успешно предупреждаемых** и излечиваемых злокачественных новообразований, о чём ясно говорится в этом документе. Программы выявления цервикального рака начали вводить почти 70 лет назад. **Популяционный скрининг** в мире впервые внедрён в Канаде в 1949 году, в СССР цитологическое исследование на массовых профилактических осмотрах стали применять с 1964 года.

Открытие существования вирусов не только дополнило мировую сокровищницу научных знаний, но и породило **множество гипотез** относительно роли этих представителей микромира в возникновении некоторых заболеваний. Так, безусловная **связь вируса папилломы человека** (ВПЧ) и РШМ не только доказана, но и неоднократно **подтверждена** результатами масштабных исследований, проливающих свет на нюансы генетических и эпигенетических корреляций.

Однако в настоящее время, несмотря на научные открытия и **государственные программы**, РШМ — второе по частоте у женщин онкологическое заболевание в мире, которое уносит более 250 тыс. жизней ежегодно.

Почему так трудно бороться с РШМ? Почему ВПЧ настолько распространён, а заболеваемость не имеет тенденции к снижению? **Главный вопрос:** почему в 60-е годы в России был отмечен спад РШМ (после внедрения массового скрининга), а сейчас мы **наблюдаем рост заболеваемости**, несмотря на достижения современной науки и медицины?

Причин тому несколько. Во-первых, носительство вируса может возникнуть практически у каждой **сексуально активной** женщины. Хотя дело не только в активности — достаточно «войти в контакт» с носителем ВПЧ всего лишь один раз, чтобы обеспечить себе инфицирование. Во-вторых, длительно персистирующая папилломавирусная инфекция (ПВИ) рано или поздно и с большой долей вероятности приведёт к **злокачественной трансформации** клетки². В-третьих, женщины не приходят к врачу для проведения скрининга, охват профилактической помощью крайне низок, санитарно-просветительскую работу практически не проводят. Эффективная **превентивная система здравоохранения**, разработанная в СССР, была разрушена в 90-е годы XX века.

В настоящее время, пытаюсь исправить печальную ситуацию, мы стремимся ориентироваться на западные страны, не учитывая при этом **географические особенности нашей страны и уровень социально-экономического развития**. Однако и списывать все неудачи на «объективные трудности» также неверно. Тем любопытнее результаты, полученные в Индии — стране, близкой нам по территории, но с ещё более низким уровнем экономического развития. Проф. Раджаманикам Раджумар (Rajamanickam Rajkumar) внедрил стратегию, которая позволила всего за 3 года **снизить заболеваемость РШМ на 25%**, а летальность — на 35%. Неплохие результаты! Итоги работы опубликованы в книге «Вирус папилломы человека. Исследование в глобальной перспективе» в 2016 году³.

Что **нового изобрели** индийские коллеги? Есть ли чему поучиться нам? Давайте разберёмся. Доктор Р. Раджумар представил свою стратегию в виде часов («Часы Раджа для борьбы с раком»), при этом отметил, что отсчёт

можно начинать с любой точки, двигаясь по циферблату. По мнению исследователя, специальная универсальная модель поможет перемещаться во времени с учётом сегодняшних реалий, имеющихся ресурсов и потребностей общества и не утонуть в обилии знаний о ВПЧ и РШМ. Сравним?

Зона 12 часов:
пространство

Важное значение имеют характеристики **населения и географической области** (местность сельская или городская, холмистая или равнинная, морская или пустынная, подверженная стихийным бедствиям и др.).

Жители определённых областей различаются по экономическим, культурным и социальным нормам, и все эти факторы имеют значение для мероприятий в программах здоровья, которые **должны быть адаптированы** к условиям.

[**Носительство вируса может возникнуть практически у каждой сексуально активной женщины. Длительная персистенция ВПЧ с большой вероятностью приведёт к злокачественной трансформации клетки.]**

Что же у нас? В СССР была широкая сеть цеховых, сельских и участковых врачей; профилактическая работа строилась с учётом факторов риска, контакта с вредными веществами и пр. В современной России институт цеховых врачей ликвидирован, многие удалённые сёла и деревни лишены медицинской помощи из-за нехватки квалифицированных кадров, отсутствия транспортного сообщения с крупными городами.

Зона 1 часа: пересчёт

Население должно быть **тщательно посчитано**. Информация о социальных, демографических и медицинских показателях позволит планировать адресную помощь, обеспечит охват всего населения и даст направление для всех типов эпидемиологических исследований, наблюдений и экспериментов.

В России сохранён **участковый принцип** работы акушеров-гинекологов (1 ставка на 2200 женщин), однако в настоящее время наблюдают **острую нехватку** кадров первичного звена, что увеличивает нагрузку на работающих докторов, а следовательно, влияет на качество оказываемой помощи.

Зона 2 часов: выводы

Из собранных данных можно сделать заключение о состоянии здоровья, **проанализировать** проблемы, их масштаб с учётом других сопутствующих факторов. Если говорить о ВПЧ-инфекции, то таким образом можно **получить информацию** о факторах риска, причинах, ранних признаках изменений шейки матки. Это послужит основой для дальнейших лечебно-профилактических мероприятий.

Что мы наблюдаем в современной России? Этот **этап упущен...**

Зона 3 часов:
обучение

Образование — один из важных этапов, и оно должно быть целенаправленным и организованным, основанным на медицинском просвещении. Автор работы предлагает обучать **волонтёров**, имеющих хотя бы 2 года первичного медицинского образования, а также обычных женщин. Это особенно актуально **для отдалённых районов**. Россия, как и Индия, занимает большую территорию, транспортное сообщение не всегда достаточно, что создаёт трудности **для получения квалифицированной помощи**. Медицинский персонал, активисты, группы взаимопомощи могли бы решить проблему нехватки информации.

В СССР эту задачу санитарно-просвещения выполняли медсёстры

{back-up}

смотровых кабинетов поликлиник, ЦРБ, фельдшерско-акушерских пунктов, резкое сокращение численности которых принесло свои печальные плоды.

Зона 4 часов: приглашение

Этап подразумевает целенаправленное, индивидуализированное приглашение женщин для участия в информационно-просветительских программах, скринингах, вакцинации с учётом результатов предыдущих обследований, особенностей образа жизни, поведения.

В России этот этап можно сравнить с диспансеризацией, массовое внедрение которой позволило снизить частоту РШМ и ряда других заболеваний. Однако, несмотря на включение диспансерного наблюдения в программу ОМС, многие женщины умышленно избегают похода к врачу в силу неверия, недостатка времени, очередей в женских консультациях.

[В развитых странах программы, ориентированные на скрининг, позволяют выявлять большинство предраковых состояний на стадиях, когда ещё возможно быстрое излечение. Раннее начало терапии предотвращает до 80% наблюдений цервикального рака.]

На государственном уровне пытаются решить эту проблему путём внедрения обязательного скрининга при получении допуска к работе, водительских удостоверений. Хотя бы так!

Зона 5 часов: консультирование

Как правило, в программах общественного здравоохранения аспектом эффективного консультирования пренебрегают или забывают о нём. Однако этот крайне важный этап необходимо осуществлять с осторожностью, с привлечением квалифицированного персонала, который проинформирует пациентов обо всех мероприятиях и по-

следствиях и получит информированное согласие. В будущем это позволит избежать необоснованных судебных разбирательств и станет гарантией защиты прав человека.

Этот этап — основа санитарно-просветительской работы: донесение знаний о процессе обследования, его необходимости и перспективах для женщины. Однако в нашей стране он практически утерян.

Зона 6 часов: скрининг

Большинство исследований начинаются именно с этой точки, минуя предыдущие пять шагов, что может повлиять на успех работы и общий результат. Достоверность и надёжность — важные характеристики инструментов скрининга. Все программы скрининга должны быть предназначены для успешного лечения, в противном случае пациенты просто потеряют веру в необходимость таких

мероприятий. Такой ход событий возможен и в отношении ПВИ, поэтому лечение ВПЧ-заболеваний и предраковых поражений шейки матки — пример предложения скрининга во избежание последствий.

В развитых странах программы, ориентированные на скрининг, позволяют выявлять большинство предраковых состояний на стадиях, когда ещё возможно быстрое излечение. Раннее начало терапии предотвращает до 80% наблюдений РШМ⁴.

Вопросами ранней диагностики ВПЧ активно занимаются эксперты таких авторитетных организаций, как Европейское общество гинекологической онкологии (European society of gynaecological oncology, ESGO), Международное общество по патологии шейки

матки и кольпоскопии (International federation for cervical pathology and colposcopy, IFCPC), Европейское общество по исследованиям генитальных инфекций и неоплазии (European research organisation on genital infection and Neoplasia, EUROGIN), информационный проект Центра по папилломавирусу (HPV Centre), созданного при сотрудничестве Каталонского онкологического института, ВОЗ и другие профессиональные сообщества.

В нашей стране основой профилактики ВПЧ следует признать многочисленные скрининговые программы, основанные на «трёх китах»:

- цитологическом исследовании;
- ПЦР-типовании ВПЧ;
- расширенной кольпоскопии.

Российские рекомендации по цитологическому скринингу РШМ предполагают следующие мероприятия⁵:

- скрининг необходимо начинать спустя 3 года после первого полового контакта, но не позже наступления возраста 21 года;
- периодичность скрининга: ежегодно в течение первых 2 лет при нормальных показателях цитологических мазков, далее каждые 2–3 года;
- прекращение скрининга возможно у женщин в возрасте 70 лет и более с интактной шейкой матки, с тремя и более последовательными отрицательными результатами цитологических исследований в течение последних 10 лет.

Зона 7 часов: примеры

Все клинические примеры, которые наблюдают как результат процесса отбора, должны быть надлежащим образом задокументированы и адекватно рассмотрены. Например, ВПЧ-отрицательные женщины должны быть включены в реестр для периодических медицинских осмотров, ВПЧ-положительным — рекомендован визуальный контроль развития предраковых поражений (кольпоскопия) и биопсия, чтобы вовремя принять лечебные меры, а при инвазивных стадиях пациентки должны быть направлены на лечение в специальные медицинские центры.

ВРЕМЯ ПОШЛО!



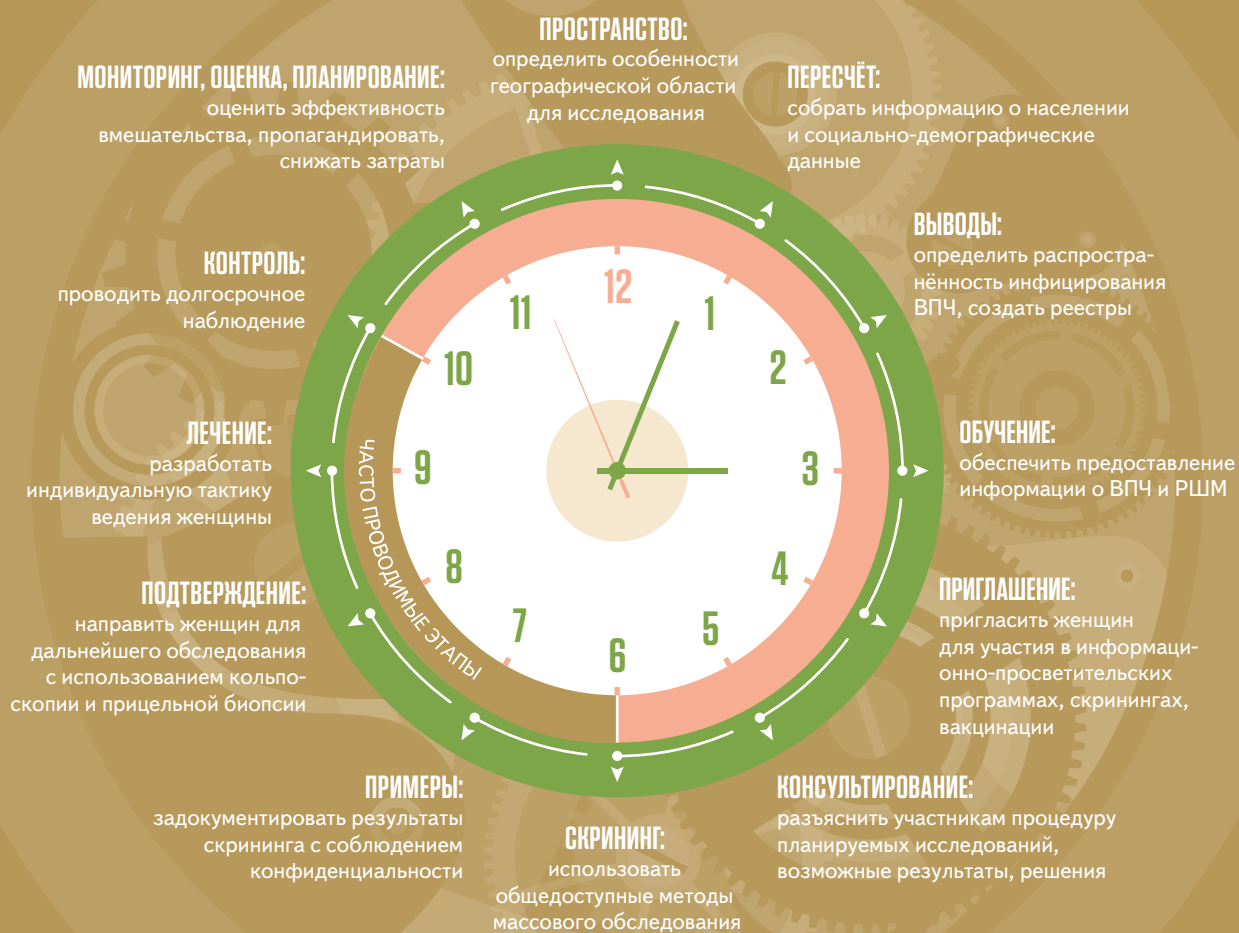
ЧАСЫ РАДЖА ДЛЯ БОРЬБЫ ПРОТИВ РАКА



Для борьбы с РШМ, ассоциированными с вирусом папилломы человека, группа индийских исследователей предлагает использовать алгоритм «Часы Раджа».



Выстраивать стратегию можно, начиная с любого этапа. Благодаря предложенной модели заболеваемость раком шейки матки в Индии за 3 года снизилась на **25%**, летальность — на **35%**.



ВЫВОД: Предложенный алгоритм, по сути, **отображает советскую модель** оказания медицинской помощи. Возможно, следует восстановить утраченное... Нередко всё новое — хорошо забытое старое!

{back-up}

В нашей стране этот этап вполне успешно выполняют, однако, к сожалению, касается он только женщин, **самостоятельно обратившихся** за медицинской помощью.

Тактика наблюдения и лечения пациенток с CIN II–III чётко обоснована, при этом подходы к курации больных с CIN I многими специалистами трактуются по-разному. В связи с этим особое внимание заслуживают рекомендации **Международного агентства по изучению рака** (International agency for research on cancer, IARC).

[Большинство программ скрининга РШМ не в состоянии предложить лечение предраковых поражений. Алгоритм «смотри и лечи» может преодолеть это ограничение, например, с помощью криотерапии или петлевой электроэксцизии в рамках одной процедуры.]

Тактика ведения пациенток при цитологических признаках типа LSIL.

Вариант 1. Выполнить повторное цитологическое исследование через 3 мес, при отрицательном результате — повторить ещё раз через 6, 12 и 24 мес. При повторных положительных результатах LSIL — направить пациентку на кольпоскопию.

Вариант 2. Выполнить кольпоскопию. При отсутствии аномальных кольпоскопических признаков следует повторить цитологическое исследование через 6 или 12 мес (в зависимости от того, выявлен или нет онкогенный тип ВПЧ). По показаниям выполнить биопсию и диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала. При неудовлетворительных результатах кольпоскопии (когда нельзя сделать адекватное заключение) следует назначить лечение сопутствующих заболеваний (возможны терапия эстрогенами или противовоспалительное лечение), по окончании повторить кольпоскопию.

Вариант 3. Выполнить ВПЧ-тест с помощью метода гибридного захвата (ВПЧ Digene-тест) или ПЦР. При выявлении онкогенных типов ВПЧ показана кольпоскопия, при отсутствии — повторный цитологический анализ через 6 мес.

Зона 8 часов: подтверждение

В случае скрининга ВПЧ-заболеваний и цервикального рака для подтверждения диагноза должны быть сделаны **кольпоскопия и прицельная биопсия** — это практика, основанная на доказательстве. Точное подтверждение диагноза надлежит документально фиксировать так же, как и исходы, что имеет большое значение для последующего анализа и выводов.

В нашей стране — и это заслуга современной системы здравоохранения — этап подтверждения диагноза доступен женщинам, но, к сожалению, только жителям крупных городов. Возможности диагностики в малых, удалённых населённых пунктах **крайне ограничены**. Далеко не все пациентки могут получить специализированную помощь в областном центре.

Комплекс методов диагностики ВПЧ-инфекции включает:

- объективное (визуальное) исследование;
- расширенную кольпоскопию;
- цитологическое исследование;
- лабораторные методики (ПЦР, тест Digene Capture);
- гистологическое исследование.

Зона 9 часов: лечение

Большинство программ скрининга РШМ, особенно в условиях ограниченных ресурсов, не в состоянии предложить лечение предраковых поражений. Внедрение алгоритма «смотри и лечи» способно преодолеть это ограничение, например, с помощью криотерапии или петлевой электроэксцизии в рамках одной про-

цедуры. Это обеспечивает **профилактику перехода предрака** в инвазивный рак и считается важным показателем результатов скрининговых программ. Однако при этом не всегда можно рассчитывать на исчезновение ВПЧ — причину злокачественной трансформации — даже при удалении кондилом и разрешении дисплазии. Рецидив возможен даже спустя несколько лет на фоне полного благополучия. Стоит также подчеркнуть, что метода **элиминации папилломавируса** в настоящее время не существует.

В лечении ПВИ выделяют два основных направления:

- удаление поражённого участка;
- стимуляцию противовирусного иммунного ответа.

Все локальные терапевтические стратегии направлены на удаление кондилом и атипически изменённого эпителия. **Локальное удаление очагов** ПВИ целесообразно проводить не ранее чем через 2–3 нед после начала системной противовирусной терапии, поскольку клинический опыт свидетельствует о возможности полного исчезновения кондилом или значительного уменьшения их числа и размеров на фоне назначенного лечения.

Поскольку высокая частота рецидивирования — основной **камень преткновения** в лечении ВПЧ-инфекции, в последние годы специалисты широко используют препараты интерферонов и индукторов их выработки. Применяют местное, внутриочаговое и системное введение этих лекарственных средств. Наиболее перспективна комбинированная (сочетание местной и системной) терапия.

Деструктивный способ воздействия показал свою эффективность в 60% случаев, монотерапия иммуномодулятором инозином пранобексом — в 65%. В то же время комбинированное лечение обоими методами обеспечило исцеление 87,4% пациенток⁶.

У женщин, прошедших адекватную **прегравидарную подготовку**, гораздо больше шансов на рождение здорового, неинфицированного потомства. Именно поэтому при **подготовке к беременности** следует использовать весь спектр лечения ПВИ, включая при необходимости физиохирургические методы воздействия.

Диагностика: не всё так просто!

Специфичной **кольпоскопической картины** для ВПЧ-инфекции (так же как и для диспластических изменений) нет. Тем не менее есть маркёры, по наличию которых можно судить о высокой вероятности неоплазии плоского эпителия. Как правило, их появление связано с изменением ядерно-цитоплазматического соотношения (**ацетобелый эпителий**) или формированием атипичной васкуляризации (пунктация, мозаика, **атипические сосуды**)⁷. Главная **задача клинициста** заключена в обнаружении кольпоскопических признаков патологической трансформации эпителия, требующих обязательной гистологической верификации.

Принято выделять **варианты кольпоскопической картины**, потенциально характерные для цервикальной внутриэпителиальной неоплазии.

- Ацетобелый эпителий (нежный или грубый).
- Йоднегативный эпителий.
- Зоны патологической васкуляризации: пунктация, мозаика, атипические сосуды.
- Кольпоскопическая картина, подозрительная на инвазивную карциному.

Ведущий критерий информативности кольпоскопии — **степень визуализации зоны трансформации (ЗТ)**, здесь выделяют **3 типа**.

- 1-й тип — ЗТ визуализируется полностью.
- 2-й тип — ЗТ визуализируется не полностью, присутствует эндоцервикальный компонент.
- 3-й тип — ЗТ не визуализируется.

Нежный ацетобелый эпителий может быть признаком как плоскоклеточных интраэпителиальных **поражений лёгкой степени**, так и **незрелой метаплазии**, реактивных изменений. Грубый ацетобелый эпителий характерен для плоскоклеточных интраэпителиальных **поражений тяжёлой степени**. Появление феноменов пунктации и мозаики обусловлено **атипической васкуляризацией эпителия**. Их формирование может быть причиной пролиферирующей метаплазии, цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN), РСМ. Нежная мозаика и пунктация очень тонкие, неинтенсивные, часто **сопровождают метаплазию**. Грубая мозаика и пунктация визуально напоминают булыжную мостовую и характеризуют тяжёлые интраэпителиальные неоплазии. К неспецифическим признакам аномальной кольпоскопической картины относят лейкоплакию, эктопию, йоднегативный эпителий.

Атипические сосуды нередко обнаруживают **при инвазивном раке**. Учитывая, что терминальная сосудистая сеть обеспечивает питание эпителия влажной части шейки матки, то изменение формы, числа и расположения мелких сосудов отражает **активность эпителиального роста**. При доброкачественной пролиферации эпителия увеличивается количество субэпителиальных сосудов, дальнейшее повышение активности приводит к сосудистой гипертрофии, а затем и к атипии. **Атипические сосуды** отличаются хаотичным расположением, отсутствием анастомозов и причудливой формой. Чем более атипична сосудистая сеть при кольпоскопии, тем выше вероятность инвазивного рака⁸.

Цитологическое исследование цервикальных мазков по **Папаниколау** (Papnicolaou) или Пап-тест (PAP stream test) — **основной метод скрининга предрак** многослойного плоского эпителия. В последние годы одобрены три новых способа улучшения информативности метода.

- Компьютерный рескрининг негативных Пап-тестов — метод с использованием компьютерного программирования для рескрининга обычных негативных мазков и идентификации полей клеток, которые, возможно, были неправильно интерпретированы.
- Пап-тест в растворе (так называемая жидкостная цитология) — мазки выполняют с помощью щёточек, сразу же помещают в пробирку со специальным раствором и отправляют в лабораторию. Повышения точности цитологической диагностики достигают за счёт преодоления всех погрешностей, связанных с приготовлением мазка, и за счёт микроскопии одного пласта клеток.
- Автоцитологическая система (Auto Cyte PREP System) — её принцип заключён в автоматизированной компьютерной дифференциальной диагностике Пап-мазков. Сканируемые клетки, прошедшие предварительную дисперсию и центрифугирование с целью отделения от них крови и других компонентов, сравнивают с заложенными в память компьютера эталонами.

В большинстве лабораторий для оценки результатов Пап-теста используют основные критерии бетесдинской классификации⁹ (Bethesda system):

- отрицательные (негативные) результаты на онкологические или интраэпителиальные поражения;
- аномалии эпителиальных клеток;
- другие злокачественные новообразования.

В качестве лабораторной диагностики ВПЧ применяют ПЦР с типоспецифическими и видоспецифическими праймерами. Наибольшей диагностической ценностью обладает **метод количественной оценки** риска малигнизации (ПЦР в реальном времени) — тест Digene Capture. «Качественная» ПЦР наряду с высокой чувствительностью в отношении ВПЧ — **низкоспецифична** (под специфичностью исследования понимают долю лиц с отрицательным результатом теста в популяции без изучаемой болезни)¹⁰. В то время как метод Digene Hybrid Capture II (метод «двойной генной ловушки») позволяет определить ту критическую концентрацию вируса, которая напрямую **связана с риском малигнизации**.

В настоящее время в практику внедряют **метод амплификации нуклеиновых кислот (МАНК)**. С помощью серологического метода диагностики выявляют **антитела к вирусоспецифическим протейнам** E₂, E₆ и E₇ — маркерам активной инфекции. Для этого используют ELISA-тест с высокоочищенными рекомбинантными протеинами E₆ и E₇. Снижение концентрации антител — своеобразный индикатор успешного лечения ПВИ и цервикальных неоплазий.

Гистологическое исследование — окончательное в установлении морфотипа патологии шейки матки, и, следовательно, именно его результаты определяют выбор тактики.

Прицел на иммунотропное лечение

К иммунотерапии большинство практикующих врачей относятся неоднозначно, поскольку доказательная база этих препаратов слаба или вовсе отсутствует. Однако есть и такие иммуномодуляторы, которые неоднократно подтверждали свою эффективность.

Например, хорошо изученным препаратом с большим числом доказательных публикаций считают инозин пранобекс — в Национальной медицинской библиотеке США (US National library of Medicine national institute of health, NCBI) представлены 543 научные работы. В частности, «Гроприносин», в состав которого входит инозин пранобекс, способен воздействовать на ВПЧ сразу в нескольких направлениях.

Во-первых, инозин пранобекс оказывает **прямое противовирусное действие**, изменяя стереохимическое строение рибосомы, чем блокирует процесс трансляции (синтеза вирусных белков на основании образовавшейся вирусной иРНК). Таким образом лекарственный препарат не только останавливает сборку новых вирусных частиц, но и предотвращает злокачественную трансформацию клетки. «Несобранные» вирусы будут удалены иммунной системой.

Во-вторых, препарат оказывает **прямой иммуномодулирующий эффект**, усиливая неспецифический противовирусный ответ, стимулируя синтез интерферонов, интерлейкинов, активируя цитотоксические Т-лимфоциты и натуральные киллеры¹¹.

В гинекологической практике препарат достаточно хорошо зарекомендовал себя в лечении ВПЧ-ассоциированных заболеваний^{12–14}, что подтвердили выводы систематического обзора результатов 19 исследований, выполненного в 2011 году¹⁵. Из них 14 в полной мере отвечали требованиям по необходимому качеству научных работ и подтверждали лечебные возможности инозина пранобекса при аногенитальных бородавках, а также при субклинической и клинической манифестации ВПЧ с вовлечением шейки матки — CIN.

Так, комбинированное применение инозина пранобекса и хирургического лечения при аногенитальных кондиломах обеспечило выздоровление 83% пациенток.

В 2010 году опубликованы результаты исследования сочетанного применения инозина пранобекса и радиочастотной абляции у пациенток с поражением шейки матки ВПЧ-инфекцией: снова **83,8% выздоровлений**. Полная эпителизация тканей после деструктивного лечения у женщин наступает быстрее (примерно за 7–14 дней), чем при изолированном использовании хирургических методов¹⁶.

Лекарственный препарат доказал эффективность в терапии ПВИ¹⁷: в комбинации с деструктивным лечением терапия иммуномодулятором с противовирусной активностью **способствует элиминации онкогенных типов ВПЧ у 98% женщин** и позволяет сократить частоту рецидивов **в 3 раза**.

Зона 10 часов: контроль

Тщательный контроль, как социальный, так и медицинский, зарабатывает хорошую репутацию для программ вмешательства и обеспечивает гистопатологические доказательства статуса заболевания в исследуемой популяции. Это возможно только в случае долгосрочного наблюдения и при наличии стабильного и постоянного населения. Можно достичь промежуточных и конечных эпидемиологических показателей, таких как заболеваемость и распространённость.

Зона 11 часов: мониторинг, оценка, планирование

Периодический и непрерывный мониторинг необходим для соответствующего управления ресурсами. Исходные, параллельные и итоговые оценки (внутренние и внешние) жизненно важны для программы достижения своих целей. Таким образом, обучение специалистов, переосмысление целей и изменение вмешательств для повышения рентабельности и эффективности затрат позволит сосредоточиться на предупреждении РШМ.

Всё новое — хорошо забытое старое

Представленный алгоритм доказал свою состоятельность — заболеваемость РШМ в Индии снизилась. Однако при внимательном прочтении — **так ли он нов?** Описанные этапы, как это ни странно, повторяют **советскую модель** оказания медицинской помощи, которая, к несчастью для нас и наших пациенток, была практически уничтожена в 90-е годы прошлого столетия.

Что **можно сделать?** Практикующий врач не в силах изменить государственную политику, увеличить число смотровых кабинетов, но может **повлиять на сознание женщин**. Беседы с пациентками, объяснение необходимости регулярного посещения врача и выполнения скрининга, понятное изложение результатов обследования способны повысить приемлемость простых и доступных превентивных мер, а значит, и снизить частоту РШМ.



«Молодые женщины не должны умирать от рака шейки матки», — сказал в одном интервью проф. В. Краснополский. В XXI веке **РШМ вообще не должно быть!** И для этого у нас есть все средства: точные методы диагностики, щадящие деструктивные способы воздействия, иммунотерапия. Дело за малым — внедрить в сознание женщин необходимость **тщательно следить за своим здоровьем, беречь и любить себя!** **SP**

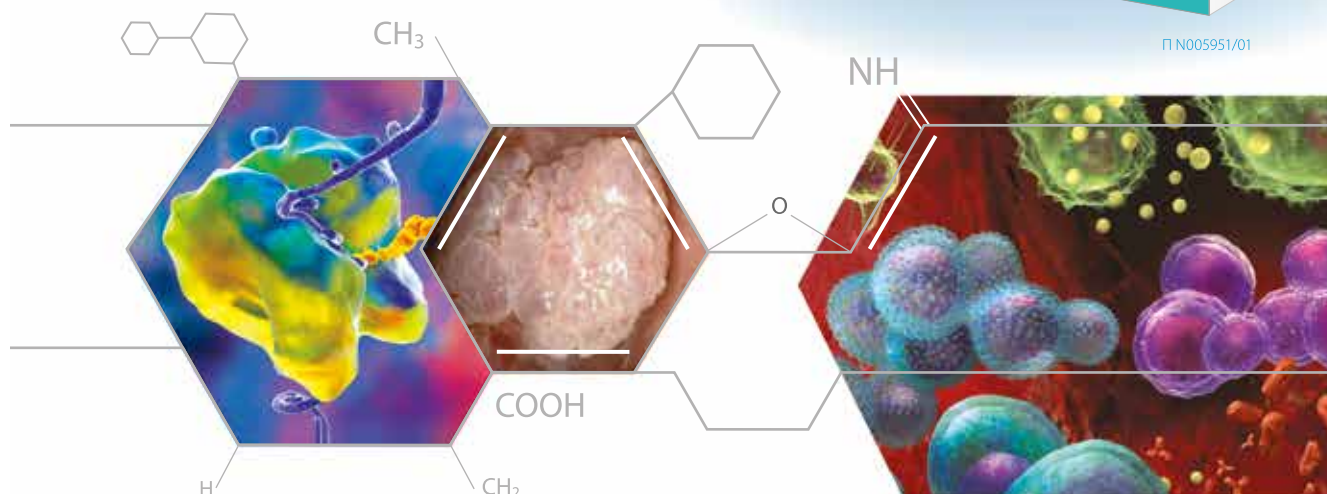
Библиографию см. на с. 170–175.

ГРОПРИНОСИН®

Инозин пранобекс, таблетки 500 мг № 50



П N005951/01



Инозин пранобекс в комплексной терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний^{2,3}

- Подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов¹
- Снижает вероятность персистенции вирусов и частоту рецидивов^{2,3}
- Спектр иммуномодулирующего действия соответствует специфике иммунных нарушений при ВПЧ^{2,3}

Остроконечные кондиломы

2 таблетки 3 раза в сутки 5–10 дней, 3 курса^{2,3}

Дисплазия шейки матки (CIN I)

2 таблетки 3 раза в сутки 10 дней, 3 курса^{2,3}

Субклиническая форма ВПЧ

2 таблетки 3 раза в сутки от 10 до 21 дня, 1 курс^{2,3}

1. Инструкция по применению препарата Гроприносин®.

2. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ №2, 2013. С.И. Роговская, кафедра акушерства и гинекологии РМАПО, Москва

3. ВПЧ-инфекция: комбинированная терапия. Эффективные стратегии комбинированного лечения ВПЧ-ассоциированных генитальных заболеваний : информационный бюллетень / С.И. Роговская, А.В. Ледина, И.Д. Ипастова; под ред. В.Е. Радзинского – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2017. – 16 с.



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынский пер., д. 8
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Реклама