

# ТЯЖЕЛО В ПРОЧТЕНИИ, ЛЕГКО В БОЮ

Обзор российских клинических рекомендаций 2017 года  
«Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки  
с позиции профилактики рака»



**Авторы:** Светлана Ивановна **Роговская**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии РМАПО, президент Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН); Ирина Дмитриевна **Ипатова**, канд. биол. наук, StatusPraesens [Москва]

Недавно от одной из читательниц журнала StatusPraesens мы получили вот такое послание: «...Уважаемая редакция! В конце прошлого года вышло письмо МЗ РФ от 2 ноября 2017 года №15-Ч/Ф/2-7676 о направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «**Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака**». Как обычно, собрали всё в общую кучу. Дорогой журнал, помогите во всём разобраться, пожалуйста, в следующем выпуске разложите всё по полочкам. Ваш журнал так легко читать!..»

С удовольствием выполняем просьбу и представляем в настоящей статье мини-обзор этого важного документа\*.

**Р**ак шейки матки (РШМ) — предотвратимое заболевание, результат **упущенных возможностей** диагностики. Этот тезис основан на том, что РШМ отнесён к наружной локализации, то есть может быть легко обнаружен при рутинном осмотре. Тем печальнее, что на территории РФ, по данным 2016 года, официально было зарегистрировано **177 876** случаев цервикального рака<sup>1</sup>.

Эти показатели **можно и нужно** свести к минимуму: вышеупомянутый российский гайдлайн 2017 года\*\* как раз призван помочь клиницистам в этом<sup>2</sup>. Документ содержит современные рекомендации по классификации, диагностике и лечению предраковых цервикальных заболеваний, ключевые положения которых обобщены ниже.

## Тонкости классификации

Итак, в соответствии с обновлёнными клиническими рекомендациями<sup>2</sup> к предраковым состояниям шейки матки относят **цервикальные интраэпителиальные поражения** (cervical intraepithelial neoplasia, CIN). Они обусловлены персистенцией ВПЧ, часто **высокого онкогенного риска** и могут прогрессировать до инвазивного рака в течение нескольких лет или десятилетий, хотя CIN любой степени тяжести, особенно CIN I у молодых женщин вследствие **спонтанной** элиминации ВПЧ может регрессировать.

Существует несколько классификаций состояния шейки матки (табл.)

\* С полным текстом документа можно ознакомиться по ссылке <https://praesens.ru/SP-45/>.

\*\* Авторами-разработчиками указанного протокола выступили Л.В. Агамян, Н.В. Артымук, Л.А. Ашрафян, И.И. Баранов, Г.Р. Байрамова, Т.Е. Белокриницкая, Н.В. Башмакова, Н.В. Зароченцева, В.И. Краснополянский, Л.А. Коломиец, Л.И. Короленкова, Г.Н. Минкина, В.Н. Прилепская, Н.Ю. Полонская, С.И. Роговская, Е.В. Уварова, О.С. Филиппов и И.П. Шабалова.

[ Эктропион, лейкоплакию, кондиломы шейки матки истинно предраковыми состояниями не считают, поскольку они могут быть обусловлены причинами, не связанными с персистенцией высокоонкогенного ВПЧ. ]

Таблица. Классификации состояния шейки матки

Описание результатов цитологического исследования		Описание результатов гистологического исследования	
По Папаниколау	По бетесдинской терминологической системе	Система ВОЗ	CIN-классификация
Класс 1 (норма)	NILM	Отсутствие злокачественных клеток	Отсутствие неопластических изменений
Класс 2 (метаплазия эпителия, воспалительный тип)	Реактивные изменения клеток: ASCUS и ASC-H	Атипия, связанная с воспалением	
Класс 3 (дискариоз)	LSIL	Слабая дисплазия	CIN I
		Умеренная дисплазия	CIN II
Класс 4 (клетки, подозрительные на рак или карциному <i>in situ</i> )	HSIL	Тяжёлая дисплазия	CIN III
		Карцинома <i>in situ</i>	
Класс 5 (рак)	Карцинома	Инвазивная карцинома	Карцинома

Примечания. NILM (negative for intraepithelial lesions and malignancies) — отсутствие интраэпителиальных поражений и злокачественности, то есть норма; ASCUS (atypical squamous cells undertermined significance) — атипичные клетки плоского эпителия неясного значения; ASC-H (atypical squamous cells cannot exclude high-grade lesion) — атипичные клетки плоского эпителия, для которых нельзя исключить интраэпителиальное поражение высокой степени; LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion) — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени; HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion) — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени); CIN (cervical intraepithelial neoplasia) — цервикальная интраэпителиальная неоплазия.

и CIN — не единственный способ для обозначения предрака. **CIN — гистологическое заключение**, тогда как, например, по классификации Бетесда\* (правильнее — бетесдинской терминологической системе), которую рекомендуют использовать для описания результатов цитологического исследования, предрак обозначают как плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой или высокой степени — **LSIL** и **HSIL** (low and high grade squamous intraepithelial lesion).

Стоит также отметить, что при этом эрозию, эктропион, лейкоплакию, кондиломы шейки матки истинно предраковыми состояниями не считают, поскольку они могут быть обусловлены

различными причинами, не связанными с персистенцией высокоонкогенного ВПЧ. В соответствии с рекомендациями Международного общества кольпоскопии и цервикальной патологии (International society for colposcopy and cervical pathology, ISCCP, 2011)<sup>3</sup> эрозию и лейкоплакию относят к **неспецифическим**, а кондиломы — к **прочим** изменениям шейки матки.

В целом все вышеупомянутые дефиниции — CIN, эрозия, лейкоплакия и др. — акушер-гинеколог может использовать в клинической практике, однако диагноз следует ставить по МКБ-10 (например, дисплазия шейки матки — код N87).

## Инструменты диагностики предрака

В раннем выявлении предраковых состояний ключевую роль отводят **скринингу**. Отмечают, что он должен охватывать минимум 70% целевой популяции, чего можно добиться с помощью рассылки приглашений на обследование посредством электронной почты и мобильной связи, а также благодаря использованию технологии самозабора материала. Порядок скрининга рекомендуют следующий<sup>2</sup>.

- Целевая аудитория — женщины 21–69 лет (после этого периода жизни регулярное наблюдение прекращают при условии предыдущего адекватного скрининга и отсутствии в течение 20 лет CIN II и более тяжёлых поражений).
- В возрастной группе 21–29 лет рекомендуют проводить цитологическое исследование минимум каждые 3 года.
- У женщин 30–69 лет цитологическое исследование дополняют ВПЧ-тестом; при этом обследование проводят минимум каждые 5 лет.

Как видно, эта стратегия не укладывается в стандарты Приказа №572н (а это всё же основной документ, регламентирующий деятельность акушера-гинеколога), в соответствии с которым «мазок на онкоцитологию» следует брать ежегодно, а ВПЧ-тест и вовсе не предусмотрен в рамках ОМС в качестве скринингового метода. Клиницист может лишь посоветовать пациентке пройти комбинированное обследование за свой счёт, объяснив, что это, во-первых, отвечает требованиям современных рекомендаций, во-вторых, экономически выгодно, поскольку его достаточно проводить 1 раз в 5 лет.

Для традиционного цитологического исследования мазок окрашивают по **Папаниколау** (Пап-тест) с последующей оценкой результатов по **бетесдинской классификации**. Однако в

\* Бетесда (Мэриленд, США) — город, в котором проходила конференция, где была принята эта классификация. Вот почему корректно говорить именно «бетесдинская классификация», хотя в русскоязычной литературе традиционно используют термин «классификация Бетесда».

# КАК БЕЗУПРЕЧНО ВЗЯТЬ МАЗОК ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?



## АЛГОРИТМ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАТИВНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

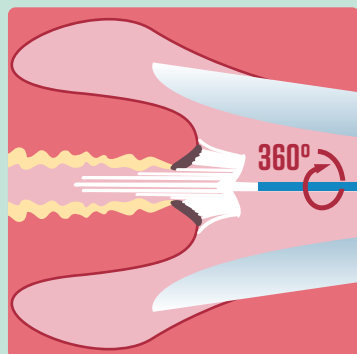
### ШАГ №1: ПРАВИЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ

Современный инструмент —  
цитощётки для экзо- и эндоцервикса  
либо комбинированная цитощётка  
с эндоцервикальным компонентом.  
Долой шпатели и кюретажные ложечки!

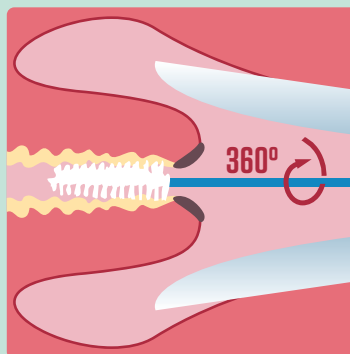


### ШАГ №2: ПРАВИЛЬНАЯ ТЕХНИКА

#### Техника забора материала



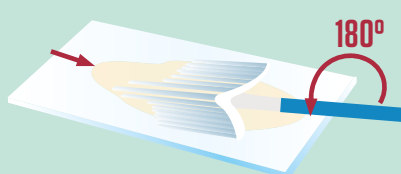
С помощью комбинированной  
цитощётки



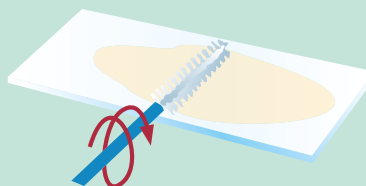
С помощью цервикальной  
цитощётки

Для забора материала с помощью  
комбинированной цитощётки  
её центральную часть вводят  
в цервикальный канал, а боковые  
располагают на влажной части  
шейки матки, совершают не менее  
трёх оборотов на 360°.  
При использовании цервикальных  
щёток одну вводят в цервикальный  
канал и делают пять оборотов,  
второй — берут соскоб  
с экзоцервикса.  
Появление «кровоавой росы»  
свидетельствует о получении  
полноценного образца клеток.

#### Техника приготовления мазка



С комбинированной цитощётки



С цервикальной щётки

Материал с каждой из двух  
поверхностей комбинированной  
цитощётки распределяют вдоль  
стекла линейными движениями,  
с цервикальной — вращательными

**Вывод:** Достоверность исследований зависит от **соблюдения техники** забора и приготовления мазков.  
В случае нарушения этих правил **около 10%** образцов оказываются неинформативными и могут дать  
ложноотрицательные результаты.

[ Поскольку цитологическое исследование в целом обладает достаточно невысокими чувствительностью и специфичностью, имеет смысл дополнить его тестом на выявление высокоонкогенных типов ВПЧ. ]

нашей стране чаще окрашивают другими методами. В качестве альтернативы клинический протокол называет жидкостную цитологию, при которой материал с шейки матки размещают не на стекле, а в транспортной жидкости с последующим автоматизированным приготовлением, окраской и оценкой препарата. Жидкостная цитология по сравнению с традиционной имеет ряд преимуществ: уменьшение числа неадекватных мазков и сокращение времени на интерпретацию результатов, возможность использования оставшейся клеточной суспензии для ВПЧ-теста и других молекулярных методов диагностики.

Поскольку цитологическое исследование в целом обладает достаточно невысокими чувствительностью и специфичностью (55–74 и 63–99% соответственно), имеет смысл дополнить его тестом на выявление высокоонкогенных типов ВПЧ. Особенно это актуально у женщин после 30 лет, когда вероятность самоэлиминации вируса под воздействием защитных сил иммунной системы снижается. Использовать ВПЧ-тест в качестве скринингового мероприятия рекомендуют многие авторитетные организации: например, эксперты ВОЗ советуют в возрастной группе 30–49 лет как минимум однократно «просканировать» женщину на ВПЧ высокоонкогенных типов, провести цитологическое и кольпоскопическое исследования<sup>4</sup>. Специалисты FIGO предлагают повторять цитологическое исследование и ВПЧ-тест каждые 5 лет<sup>5</sup>. Тем не менее обсуждаемый клинический протокол рекомендует проводить ВПЧ-тестирование только у женщин с выявленными доброкачественными заболеваниями шейки матки (как и Приказ №572н).

На втором этапе диагностики — при подозрении на предрак — проводят расширенную кольпоскопию с обработкой шейки матки водным раствором уксусной кислоты (3–5%) и Люголя (3%),

при необходимости делают эксцизионную или точечную биопсию с выскабливанием слизистой оболочки цервикального канала, чтобы исключить наличие поражённой ткани на участке выше (краниальнее) изъятых конуса<sup>2,6,7</sup>. Тем не менее кюретаж цервикального канала довольно слабочувствителен: даже при наличии CIN II, CIN III, CIS в эндоцервиксе исследование соскоба даёт ложнонегативный результат почти в каждом втором случае<sup>7</sup>.

## Адекватность лабораторной и инструментальной диагностики

Методика выполнения лабораторных и инструментальных исследований и трактовка результатов в документе изложены довольно подробно, поэтому не будем останавливаться на этом в настоящей статье. Заметим лишь, что важным условием успешности диагностических мероприятий служит работа с информативным качественным материалом. И это довольно большая проблема, поскольку около 10% традиционных цитологических мазков оказываются неадекватными именно из-за неправильной техники забора материала и приготовления препарата<sup>8–11</sup>.

Вот почему клиницистам следует уделить особое внимание правилам получения материала для цитологического исследования, к важнейшим из которых можно отнести следующие<sup>2</sup>.

- Соскоб обязательно должен включать эпителий из зоны трансформации — стыка между многослойным плоским и цилиндрическим эпителиями, поскольку неопластический процесс наиболее активно развивается именно там.
- Материал должен быть максимально богат клетками, поэтому его собирают до появления «кровоавой росы» с использованием современных инструментов — комбинированных щёток для экто- и эндоцервикса или при помощи двух отдельных щёток.
- Во избежание лизирования или деформации клеток мазок следует брать не ранее 48 ч после расширенной кольпоскопии с обработкой шейки матки растворами уксусной кислоты или Люголя, вагинального исследования или спринцевания, полового контакта, использования лубрикантов, тампонов, спермицидов; материал не берут во время менструации и лечения генитальных инфекций.

Как и в случае с цитологическим исследованием, диагностическая ценность кольпоскопии зависит от её адекватности. Последнюю определяет состояние цервикального покрова, оценку которого могут затруднить выраженное воспаление эндо- и экзоцервикса с фибриноидными наложениями, обильные гнойные выделения, резкая гиперемия (иногда с десквамацией эпителия), деформации, аномалии строения шейки матки, кровотечения и смыкание стенок влагалища над шейкой матки (например, в III триместре беременности).

Кроме того, на информативность кольпоскопии сильно влияет видимость зоны трансформации: если стык эпителиев не виден, нет уверенности в визуализации всех очагов неоплазии. Именно поэтому в заключении к кольпоскопии клиницисту необходимо отразить информацию о типе зоны трансформации и в целом об удовлетворительности исследования<sup>2</sup>.

[ Довольно большая проблема состоит в том, что около 10% традиционных цитологических мазков оказываются неадекватными из-за неправильной техники забора материала и приготовления препарата. ]

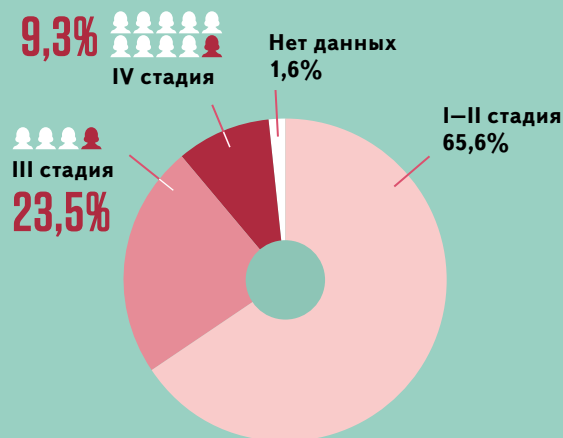
# ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ РАК В РОССИИ: КАТАСТРОФА!



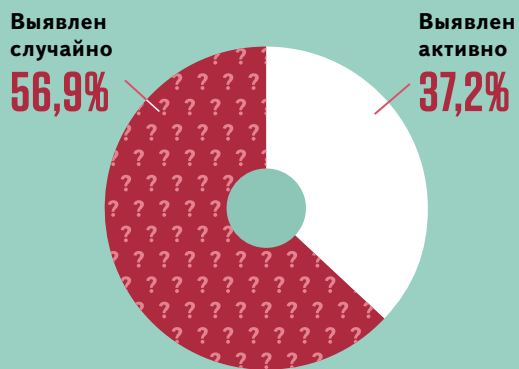
ВАЖНЫЕ ФАКТЫ ИЗ СТАТИСТИКИ ПО ЦЕРВИКАЛЬНОМУ РАКУ В РОССИИ ПО ДАННЫМ 2016 ГОДА<sup>1</sup>



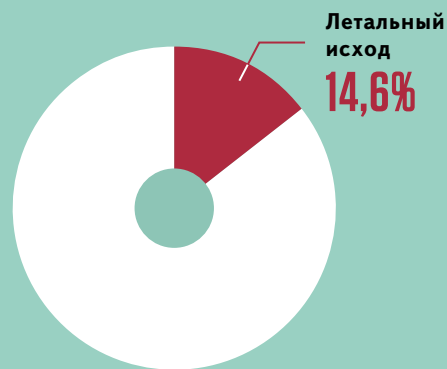
Количество женщин с раком шейки матки, состоящих на учёте в онкологических учреждениях в РФ



У каждой десятой женщины с раком шейки матки заболевание выявляют в терминальной форме, а у каждой четвёртой — в III стадии, когда прогноз крайне неопределён!



Более чем у **60%** женщин с раком шейки матки заболевание диагностируют случайно.



Летальность больных раком шейки матки в течение 1 года с момента установления диагноза — **14,6%**.

**Вывод:** Рака шейки матки — **предотвратимое заболевание!** От него не должны умирать! Он должен быть выявлен и вылечен на этапе предрака в рамках **массового скрининга**.

<sup>1</sup> Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦР» Минздрава России, 2017. 236 с.

## Инозин пранобекс: усиленная помощь

В качестве **дополнения** к хирургическому лечению у женщин с CIN можно использовать инозин пранобекс (на территории РФ зарегистрирован, например, под торговым наименованием «Гроприносин»), обладающий противовирусным и иммуномодулирующим свойствами. Они обусловлены увеличением продукции интерлейкинов, усилением пролиферации Т-хелперов, стимуляцией хемотаксической и фагоцитарной активности моноцитов, макрофагов и полиморфноядерных клеток, а также **подавлением репликации ДНК- и РНК-вирусов** посредством связывания с рибосомами клетки и изменения их стереохимического строения.

Исследованиями продемонстрировано, что инозин пранобекс позволяет **уменьшить/прекратить вирусовыделение** в очаге инфекции, улучшить заживление и увеличить безрецидивный промежуток<sup>12,13</sup>.

Одна из таких работ, например, была проведена на базе Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова (Москва)<sup>14</sup>. «Гроприносин» был испытан в комплексной терапии 72 женщин, инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска, с гистологически подтверждённым поражением типа LSIL. Пациенток распределили в две равные группы: представительницам первой проводили хирургическое лечение и назначали указанный препарат, во второй ограничивались только оперативным вмешательством. В качестве хирургического метода выступила лазерная деструкция (выполняли на 5–9-й день менструального цикла при условии полной кольпоскопической визуализации зоны трансформации). Инозин пранобекс

[ Исследования продемонстрировали, что инозин пранобекс позволяет уменьшить/прекратить вирусовыделение в очаге инфекции, улучшить заживление и увеличить безрецидивный промежуток. ]

назначали за 10–14 дней до деструкции в дозе 1000 мг 2 раза в сутки на протяжении 10 дней. Повторный курс препарата применяли ещё 10–14 дней после операции.

Согласно результатам исследования, у получавших комбинированное лечение **эпителизация шейки матки** протекала быстрее (44 и 49 дней в первой и второй группах соответственно). Через 6 мес отсутствие ВПЧ в очаге поражения (по данным ПЦР-контроля) и **клиническое излечение** (по результатам цитологического и кольпоскопического исследований) отметили у 92% пациенток после комбинированного и у 78% — хирургического лечения. Рецидив заболевания за эти полгода возник только у тех пациенток, кому иммуномодулятор не назначали, — у 19%.

Ещё в одном российском наблюдении 2016 года (n=62) оценили эффективность комплексного подхода с использованием деструктивных методов лечения и инозина пранобекса у больных **CIN I**, что любопытно, с учётом соблюдения или несоблюдения врачебных рекомендаций относительно приёма иммуномодулятора<sup>13</sup>. Всем участницам выполнили аргонплазменную коагуляцию шейки матки, а также назначили 10-дневные курсы инозина пранобекса за 2 нед до абляции и через 2 нед после неё. Поскольку у 19,3% больных помимо ВПЧ выявили другие патологические состояния гениталий (уреаплазменная, хламидийная, герпесная инфекции, бактери-

альный вагиноз), перед хирургическим вмешательством этим женщинам корригировали микробиоценоз влагалища. Контрольный осмотр проводили через 1–1,5; 3; 6 и 12 мес после операции посредством расширенной кольпоскопии, дополнительно оценивали вирусную нагрузку.

При беседе с пациентками были определены те, кто нарушил режим приёма иммуномодулятора (сократили курс, уменьшили дозировку и кратность приёма, отказались от повторного курса), на основании чего ретроспективно сформировали две группы: представительницы первой (n=40) прошли полноценное лечение, второй (n=22) — отступили от рекомендованного режима иммуномодулирующей терапии.

У строго соблюдавших режим лечения и нарушивших его средняя продолжительность **восстановления** шейки матки после процедуры составила 45 и 49 дней соответственно. «Норма» по результатам цитологического и кольпоскопического исследований через 3 и 6 мес выявлена у 97,5 и 86,4% принимавших инозин пранобекс согласно предписанным рекомендациям и отступивших от них. **Вирусовыделение** из очага поражения в первые 2 мес после лечения прекратилось у 92,5 и 63,6% пролеченных. Частота **рецидивов** атипических изменений за исследуемый период — 6 мес — составила **2,5 и 13,6%**.

Таким образом, инозин пранобекс можно применять в составе **комплексного** лечения (как дополнение к хирургическому вмешательству) для улучшения его результатов, то есть для предотвращения рецидивов. Российские клинические рекомендации 2017 года такое назначение считают допустимым.

[ Через 6 мес отсутствие ВПЧ в очаге поражения и клиническое излечение отметили у 92% пациенток после комбинированного (с назначением иммуномодулятора) и 78% — хирургического лечения. ]



© chaos / Shutterstock.com

## Лечить или выжидать?

В упоминаемом выше российском документе 2017 года<sup>2</sup> также найдено отражение лечебной тактики при доброкачественных и предраковых состояниях шейки матки.

При истинной эрозии необходима патогенетическая терапия, то есть устранение причины, вызвавшей дисквамию эпителия (воспаления, травмы, возрастных атрофических процессов слизистой оболочки). Неосложнённый эктропион шейки матки, эктопия цилиндрического эпителия лечения не требуют: необоснованная деструкция, которой «грешат» российские клиницисты, в случае развития неоплазии не предупредит прогрессирования заболевания в скрытой части канала и может затруднить диагностику<sup>1,2,6,7</sup>.

При лейкоплакии шейки матки вначале необходимо устранить сопутствующий воспалительный процесс, после чего исключить CIN. В документе подчёркивают, что лейкоплакию отличает упорное, рефрактерное к терапии течение, в связи с чем при этом типе поражения оптимально избрать наблюдательную тактику, но предварительно провести гистологическое исследование на CIN.

У молодых женщин с LSIL (с признаками ВПЧ-инфекции, койлоцитозом, CIN I, а также с CIN II при условии негативного результата теста на выявление онкобелка p16\*) и удовлетворительным результатом кольпоскопии с визуализацией всей зоны трансформации возможна наблюдательная тактика с повторением цитологического исследования через 6, 12, 24 мес.

При сохранении CIN I более 2 лет от выжидательной тактики переходят к хирургическому лечению: в основном посредством эксцизии; деструкция возможна, только если видна вся зона трансформации с переходной зоной, воз-

[ Необоснованная деструкция, которой «грешат» российские клиницисты, в случае развития неоплазии не предупредит прогрессирования заболевания в скрытой части канала и может затруднить диагностику. ]

раст женщины моложе 35 лет, аномалии в мазках с эндоцервикса отсутствуют и риск поражения эндоцервикальных крипт минимален. При персистенции CIN II предпочтительна эксцизия, даже если пациентка очень молода.

При HSIL (CIN II и положительном тесте на выявление онкобелка p16, а также при CIN III) независимо от возраста пациентки лечение начинают без промедлений: методом выбора служит петлевая эксцизия.

В целом к хирургическим методам лечения предрака относят:

- аблацию — разрушение поражённого участка эпителия шейки матки путём электро-, радио-, лазерной и криодеструкции;
  - эксцизию — иссечение аномальной ткани тонкими проволочными петлями различных размеров и форм с захватом части цервикального канала разной глубины.
- К аблации прибегают строго при соблюдении следующих условий<sup>2</sup>:
- отсутствуют подозрения на CIN II, CIN III, CIS, инвазивный рак;
  - зона трансформации видна полностью;
  - нет признаков поражения эктроцервикальных желёз;
  - отсутствуют данные о вовлечённости эндоцервикса в патологический процесс;
  - ранее не проводили хирургического лечения шейки матки;
  - нет расхождений между результатами цитологического, гистологического и кольпоскопического исследований.


В остальных случаях методом выбора хирургического лечения должна

быть исключительно эксцизия шейки матки<sup>2</sup>.

Патогенетически оправданным дополнением к хирургическому лечению документ называет использование иммуномодуляторов, например инозина пранобекса, интерферонов и некоторых других средств.



Ситуация с профилактикой цервикального рака в России в настоящее время чрезвычайно сложна: каждый десятый диагноз ставят больной с терминальной стадией злокачественного процесса, когда существенно повлиять на исход, к сожалению, уже невозможно. И пока сделано ещё слишком мало для того, чтобы эту ужасающую ситуацию изменить в лучшую сторону: необходимо внедрение скрининга, включение в ОМС современных действенных диагностических исследований, а именно ВПЧ-теста.

Работа нам, акушерам-гинекологам, предстоит огромная. Главное — начать. И лучше всего это сделать со знакомства с клиническим протоколом «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака»\*\*. 

\* В документе указано, что CIN II может быть проявлением как LSIL, так и HSIL, поэтому для внесения ясности рекомендуют провести иммуногистохимическое исследование с оценкой экспрессии онкобелка p16, который вырабатывает поражённая вирусом клетка при интеграции генома ВПЧ в её хромосому. Образец, в котором присутствуют CIN II и онкобелок p16, расценивают как HSIL, если же маркер p16 отсутствует — LSIL.

\*\* Более детальное описание протокола запланировано к выпуску отдельной брошюры «Обзор российских клинических рекомендаций 2017 года “Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака”» в 2018 году.

[ У молодых женщин с LSIL и удовлетворительным результатом кольпоскопии с визуализацией всей зоны трансформации предпочтительна наблюдательная тактика с повторением цитологического исследования. ]

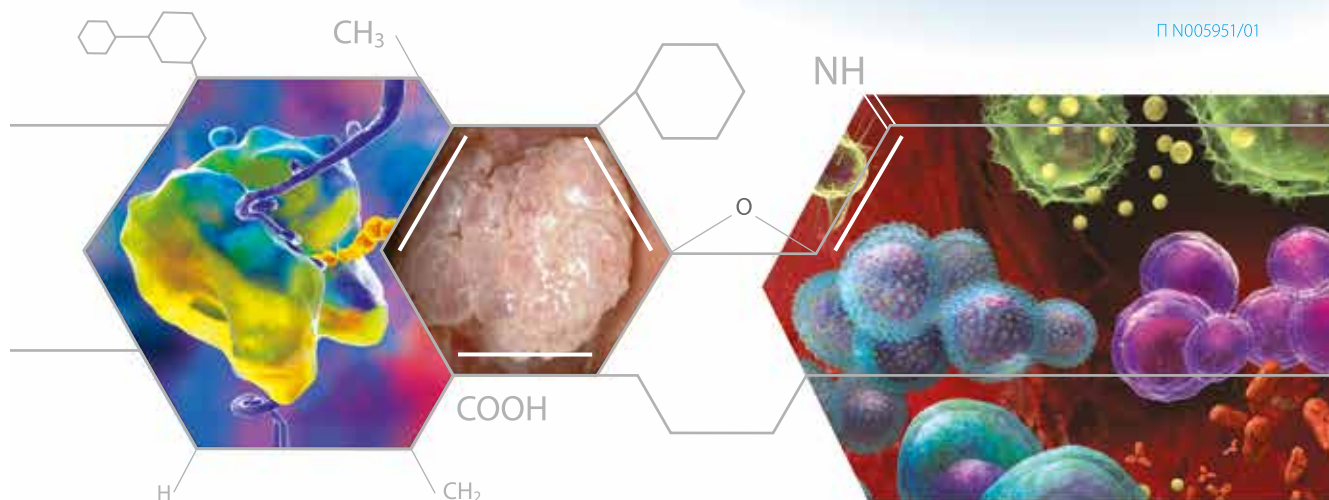


# ГРОПРИНОСИН®

Инозин пранобекс, таблетки 500 мг № 50



П N005951/01



## Инозин пранобекс в комплексной терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний<sup>2,3</sup>

- Подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов<sup>1</sup>
- Снижает вероятность персистенции вирусов и частоту рецидивов<sup>2,3</sup>
- Спектр иммуномодулирующего действия соответствует специфике иммунных нарушений при ВПЧ<sup>2,3</sup>

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 Добрынинский пер., д. 8  
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Реклама