

## «Я вижу будущее профилактики рака шейки матки как сочетание скрининга и вакцинации»



Нобелевский лауреат, профессор Харальд цур Хаузен с профессором Весной Кесик

*Весна Кесик — доктор медицинских наук, руководитель поликлинического отделения Института акушерства и гинекологии Клинического центра Республики Сербия, профессор медицинского факультета Белградского университета, основатель и первый президент Ассоциации гинекологической онкологии Сербии. В течение многих лет член правления Европейского общества гинекологической онкологии, в 2009–2015 гг. — его президент.*

— **Уважаемая г-жа Кесик, расскажите, как складывался Ваш путь в медицине.**

— В юности у меня было просто желание помогать людям, изучать медицину как науку. На старших курсах медицинского факультета Белградского университета мне стали интересны проблемы рака, я даже провела летние каникулы, работая волонтером в Национальном институте онкологии и радиологии. Я увидела себя в роли ученого, придумывающего гениальную систему лечения лейкемии или чего-то подобного. После окончания вуза ничего подходящего в области общей онкологии я найти не смогла и заняла пост в Институте акушерства и гинекологии. В сотрудничестве с Институтом онкологии и радиологии в нем сейчас проводят хирургическое лечение наибольшего числа онкологических пациенток нашей страны.

Считаю очень важным опыт, полученный в ходе моей учебы и практики за рубежом: в больнице Хаммерсмит (Лондон) под руководством научного руководителя моей диссертации Уильяма Патрика Суттера<sup>1</sup>; в Норвежском радиологическом госпитале, где моим наставником был Клес Гёран Тропе<sup>2</sup>. Не менее значимой для меня была работа в Европейской школе онкологии, Европейской ассоциации по

исследованию рака, Американском обществе по кольпоскопии и патологии шейки матки.

Благодаря накопленным знаниям я стала применять лапароскопию и биопсию сторожевого лимфатического узла, позволяющие сохранить фертильность женщин с гинекологическим раковым заболеванием, гораздо раньше, чем их начали широко использовать в Сербии. И активно способствовала внедрению органосохраняющих методов хирургии шейки матки в нашей стране.

Тяжелое положение сербских женщин удержало меня на родине в мрачные дни вооруженных конфликтов 1991–2001 годов на территории бывшей Югославии.

Наши медицинские школы не имели средств даже на участие в конгрессах. Врачи были вынуждены работать на старом оборудовании, им не хватало антибиотиков. Иногда приходилось пользоваться обычным мылом для подготовки к операциям. Очень удручала нехватка информации из внешнего мира. Конечно, в таких условиях международное сотрудничество, совместные исследовательские проекты были немыслимы.

В 2003 году мы создали Сербское общество гинекологической онкологии, и я считаю это нашим общим большим достижением. Сербия пер-

вой в Восточной Европе стала членом Европейской ассоциации по патологии шейки матки.

— **В последние годы в Сербии принят ряд мер по профилактике рака шейки матки, в частности широко внедрены цервикальный скрининг, кольпоскопия. Расскажите, пожалуйста, об этом.**

— Существует несколько стратегий профилактики в онкологии, однако скрининг рака шейки матки (РШМ) Всемирная организация здравоохранения считает одним из наиболее эффективных. Сейчас это единственный проверенный метод, позволяющий существенно снизить смертность от РШМ. Только скрининг молочной железы и скрининг для выявления колоректального рака-столь же эффективны.

Однако женщины по-прежнему умирают от РШМ даже в развитых странах, не говоря о развивающихся. В нашей стране заболеваемость РШМ в 2002 году была вдвое выше, чем в среднем в мире, и втрое выше, чем в странах Евросоюза. Крайнюю запущенность ситуации признали после опубликования цифр, демонстрирующих, насколько серьезна проблема: более 1300 женщин ежегодно умирают от различных гинекологических раковых заболеваний при численности населения Сербии всего 7,3 млн

<sup>1</sup> Уильям Патрик Суттер (William Patrick Soutter) — почетный профессор гинекологической онкологии в Имперском Колледже, гинеколог-консультант в больнице Хаммерсмит (Лондон). Член-учредитель Британского гинекологического общества рака и Международного гинекологического онкологического общества. Член Британского общества по кольпоскопии и цервикальной цитологии. Автор более 160 статей и глав в учебниках, редактор послевузовского учебника «Гинекология». Редактор Британского журнала акушерства и гинекологии.

<sup>2</sup> Клес Гёран Тропе (Claes Göran Trope) — профессор и глава научно-исследовательского отдела гинекологической онкологии медицинского факультета Университета Осло. В 1986–2006 гг. — профессор и руководитель отделения гинекологической онкологии Норвежского радиологического госпиталя.

человек. Нам удалось добиться, чтобы организованный скрининг РШМ, рака молочной железы и колоректального рака стал составной частью национального проекта «Сербия против рака».

Полагаю, что наш опыт борьбы с РШМ имеет большое значение не только для Сербии, но и для других стран Европы, где заболеваемость также высока. По данным Европейской ассоциации по цервикальному раку (ЕССА), от этого заболевания в Европе ежегодно умирают 30 тысяч женщин, фиксируется 60 тысяч новых и 225 тысяч текущих случаев РШМ.

На пути защиты женского здоровья стоят культурные традиции и стереотипы, устаревшие методы диагностики и лечения, организация системы здравоохранения. Считаю, что цервикальный скрининг должен быть интегрирован в целостную структуру для борьбы с РШМ.

Предмет моей особой гордости — детальное изучение возможностей кольпоскопии и прочих современных диагностических методов исследования шейки матки, а также входа и стенок влагалища. В сочетании с тестовыми мазками шейки матки кольпоскопия обеспечивает почти 100% точности в выявлении предраковых состояний и служит важным методом вторичной профилактики.

Европейская федерация по кольпоскопии разработала программу, содержащую 50 ключевых пунктов использования этой методики. Большинство стран лишь недавно начали внедрять национальные учебные программы по кольпоскопии, и я, уже в составе руководства Европейского общества гинекологов-онкологов (Society of Gynaecological Oncology, ESGO), участвовала в их организации. Благодаря нашим усилиям в Белграде состоялись: в 2007 году — IV Европейский конгресс по кольпоскопии и патологии шейки матки, а в 2009 — конгресс ESGO, на котором выступил Нобелевский лауреат, профессор Харальд цур Хаузен.

В 2009 году стартовал Национальный проект «Сербия против рака». Он включает 30 шагов, начиная со скрининга молочной железы, шейки матки и колоректального рака. При 4000 выявляемых в год случаев рака молочной железы и 1500 случаев РШМ представьте, сколько жизней мы можем спасти с его помощью!

**— Как идет реализация проекта?**

— Общеизвестно, что одно из главных препятствий в борьбе с РШМ — недостаточная информированность женщин о серьезности проблемы онкогинекологических заболеваний. При поддержке

французского правительства был проведен опрос относительно осведомленности женщин о РШМ и других видах рака. Результаты оказались весьма неутешительными, поэтому на первом этапе реализации проекта было уделено много внимания информационной работе, пропаганде знаний о РШМ и современных возможностях его профилактики. Задействовано много известных людей — от артистов до политиков — для того, чтобы донести наши призывы по телевидению и радио до жительниц самых отдаленных уголков страны.

До недавнего времени в Сербии только 20% женщин регулярно посещали гинеколога. Цель проекта заключается в том, чтобы не менее 2,3 млн сербских женщин проходили обследование каждые три года, в том числе за счет повышения возраста подлежащих осмотру до 69 лет вместо привычных 65.

По результатам 2013 года, тест Папаниколау сделали 57,1% сербских женщин в возрасте от 25 до 64 лет (для сравнения: в 2006 году лишь 38,5% прошли эту превентивную процедуру).

Еще одним важным результатом проекта стало введение всех данных скрининга в единую электронную систему, объединяющую все медицинские учреждения.

**— Немного о программе обучающихся семинаров ESGO и Международного общества онкогинекологов (International Gynecologic Cancer Society, IGCS) в странах Центральной и Восточной Европы.**

— Вопросы образования, подготовки высокопрофессиональных специалистов — в центре внимания современной гинекологической онкологии. Программа семинаров ESGO и IGCS сделала возможным «экспорт» выдающихся достижений в этой области во многие уголки планеты.

Позиция ESGO такова: специально обученные гинекологи-онкологи должны вытеснить как общих гинекологов, так и практикующих онкологов.

За пять лет мы провели 34 мероприятия по различным тематикам — от ранней диагностики опухолей яичников до щадящего лечения бесплодия. Тему выбираем в соответствии с запросами специалистов стран, где проводятся семинары, благодаря чему они очень востребованы. Например, в Москве у нас было около 1000 участников. В то же время я уверена, что каждая страна должна самостоятельно выстраивать свою систему подготовки, обучения

и дополнительного образования врачей, используя, разумеется, международные институты и зарубежный опыт.

**— Каким Вы видите будущее профилактики рака шейки матки?**

— В профилактике сделан серьезный шаг — вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ), признанного наиболее важным фактором риска развития РШМ. Однако пока не доказано, что вакцинация существенно уменьшает число раковых заболеваний.

Выделено более 100 серотипов ВПЧ, и не менее десяти из них приводят к развитию РШМ. Вакцины эффективны против основных онкогенных типов 16-го и 18-го. Следует учитывать также географические особенности распространения папилломавирусных инфекций. И наконец, эффект вакцины не может длиться вечно, срок ее действия ограничен.

Честно говоря, я обеспокоена переоценкой возможностей современной вакцинации. Да, вакцины когда-нибудь сведут на нет РШМ, все мы мечтаем об этом! Но потребуются еще много исследований, чтобы правильно оценить эффект новых препаратов. Я опасаясь, что эйфория в обществе относительно вакцин от ВПЧ приведет к тому, что девушки и молодые женщины ощутят себя полностью защищенными и будут вести себя более рискованно. Надо иметь в виду и финансовые затраты на массовую вакцинацию, которые могут быть непосильными для небогатых стран. Я вижу будущее профилактики РШМ как сочетание скрининга и вакцинации.

В заключение я хотела бы подчеркнуть важную роль СМИ в профилактике онкологических заболеваний: с их помощью мы можем донести до женщин всего мира информацию о важности профилактики, об элементарных правилах, которые помогут сохранить здоровье на долгие годы. Что касается РШМ, несущего так много ненужных страданий, мое послание политикам и общественности звучит просто и прямо: «Рак шейки матки — одно из важнейших социально значимых заболеваний, и его распространенность служит индикатором того, насколько общество заботится о женщинах».

*Специально для Доктор.Ру  
С. И. Роговская  
С использованием материалов  
журнала Cancer World  
(November/December 2009)*

## Всероссийский проект «Женщины бальзаковского возраста между онконебрежностью и онкофобией»: первые результаты

С. И. Роговская, С. П. Машовец, Н. Б. Москвина, В. Г. Акимкин, Н. В. Артымук, Т. Н. Бебнева, Т. Е. Белокриница, В. Г. Волков, А. Г. Галенко, В. Ф. Долгушина, И. Д. Евтушенко, Л. И. Короленкова, М. С. Крапивина, И. И. Кукарская, Е. Ю. Лебеденко, Е. В. Ледин, А. В. Ледина, Е. В. Липова, Н. В. Мингалева, К. В. Минкевич, И. В. Молчанова, А. В. Мухотина, А. И. Пашов, Т. Ю. Пестрикова, Н. М. Подзолкова, В. Е. Радзинский, Е. А. Сандакова, Л. В. Сутурина, М. Н. Тишина, Л. В. Ткаченко, И. Ф. Фаткуллин, Г. И. Филиппова

**Цель первого этапа исследования:** оценка отношения женщин к своему здоровью, знаниям и профилактике онкологических заболеваний, к позиции по скрининговым исследованиям, приему гормонов и обусловленности этого отношения уровнем доверия к врачу.

**Дизайн:** одномоментное сравнительное клиническое исследование.

**Материалы и методы.** Были опрошены 1826 женщин из 24 городов России с применением специально разработанной анкеты. Для анализа отобрали анкеты 991 респондентки в возрасте 45–65 лет как наиболее уязвимых для онкологических заболеваний гениталий. Анкетированные были разделены на две группы: первую группу составили 519 (52,4%) женщин, занятых в медицинской сфере, вторую — 472 (47,6%) респондентки, работающие в других областях деятельности.

**Результаты.** Среди опрошенных медработников значительно доминирует разумная настороженность (400/77,1%), фобические и пренебрежительные тенденции наблюдали у 52 (10,0%) и 67 (12,9%) женщин соответственно. Среди представительниц немедицинской сферы деятельности 235 (49,8%) респонденток проявляют разумную настороженность, 124 (26,3%) и 113 (23,9%) женщин — фобическое и пренебрежительное отношение соответственно. Велика доля и медицинских работников, и занятых в других сферах, доверяющих врачам: 394 (75,9%) и 314 (66,5%) соответственно. Среди представительниц медицинских профессий положительно относятся к приему гормонов 44 (8,5%), отрицательно — 67 (12,9%), среди представительниц других специальностей — 31 (6,6%) и 126 (26,7%) соответственно. Подавляющее большинство опрошенных доверяют в вопросе назначения и выбора гормональной терапии врачу — 408 (78,6%) женщин из медицинской сферы и 315 (66,7%) из других областей деятельности.

**Заключение.** Предварительные результаты исследования показали низкий уровень комплаентности в скрининговых программах, преобладание негативного отношения к гормональным препаратам над позитивным среди лиц немедицинских профессий и достаточно высокий уровень доверия к врачу среди всех опрошенных.

**Ключевые слова:** онкофобия, онконебрежность, гормонофобия, анкетирование.

## First Results of Pan-Russian Project "Attitudes to Cancer in Middle-Aged Women: From Neglect to Phobia"

S. I. Rogovskaya, S. P. Mashovets, N. B. Moskvina, V. G. Akimkin, N. V. Artyumuk, T. N. Bebneva, T. E. Belokrinitskaya, V. G. Volkov, A. G. Galenko, V. F. Dolgushina, I. D. Evtushenko, L. I. Korolenkova, M. S. Krapivina, I. I. Kukarskaya, E. Yu. Lebedenko, E. V. Ledin, A. V. Ledina, E. V. Lipova, N. V. Mingaleva, K. V. Minkevich, I. V. Molchanova, A. V. Mukhotina, A. I. Pashov, T. Yu. Pestrikova, N. M. Podzolkova, V. E. Radzinsky, E. A. Sandakova, L. V. Suturina, M. N. Tishina, L. V. Tkachenko, I. F. Fatkullin, G. I. Filippova

**Objective of Study Period I:** 1) To study women's attitudes to their health, knowledge about cancer disorders and their prevention, screening examinations, and intake of hormones and 2) to evaluate how the degree of trust between patient and doctor influences these attitudes.

**Study Design:** This was a cross-sectional comparative clinical study.

**Materials and Methods:** A total of 1,826 women living in 24 Russian cities were asked to complete a specially designed questionnaire. An analysis included questionnaires completed by 991 respondents, aged 45 to 65, who are the most vulnerable group to develop genital cancer. These respondents were divided into two groups. Group I consisted of 519 (52.4%) women who worked in the healthcare industry; Group II included 472 (47.6%) respondents who worked in other fields.

**Study Results:** Among respondents working in the healthcare industry, the most common attitude was reasonable alertness (400/77.1%), while phobias and neglecting behavior were seen only in 52 (10.0%) and 67 (12.9%) women, respectively. Among respondents working in other fields, 235 respondents (49.8%) showed reasonable alertness, while 124 (26.3%) women were phobic and another 113 (23.9%) women showed neglecting behavior. The proportion of women who trust their doctors is high both among healthcare and non-healthcare professionals: 394 (75.9%) and 314 (66.5%), respectively. Overall, 44 (8.5%) women working in the healthcare industry had positive attitude towards hormone therapy, 67 (12.9%) respondents in Group I had unfavorable opinion about intake of hormones. In the group of non-healthcare professionals, 31 (6.6%) and 126 (26.7%) participants showed favorable and unfavorable attitudes toward using hormones, respectively. The vast majority of respondents trusted their doctors to make the right choice of hormone therapy: 408 (78.6%) and 315 (66.7%) of women among healthcare and non-healthcare professionals, respectively.

**Conclusion:** The preliminary results of our study have revealed a low patient compliance in screening programs, a higher frequency of unfavorable opinions about hormone therapy among non-healthcare professionals, and a relatively high level of trust to doctors among all respondents.

**Keywords:** cancerophobia, neglecting behavior with respect to cancer, hormonophobia, questioning.

Автор, ответственный за переписку: **Роговская Светлана Ивановна** — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России (Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia); главный научный сотрудник ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России (Russian Scientific Center for Medical Rehabilitation and Health-Resort Medicine, Ministry of Health of Russia); профессор кафедры дерматовенерологии, микологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ/Central State Medical Academy at the Department of Presidential Affairs of the Russian Federation. 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. E-mail: srogovskaya@mail.ru. Данные о других авторах см. на стр. 7–8.

Частота онкологических заболеваний в России не имеет тенденции к снижению [1, 2]. При этом, по данным Минздрава России, рак шейки матки и молочных желез у женщин — наиболее часто встречающиеся патологии [4], несмотря на то что данные формы рака расцениваются в мире как предотвратимые, поскольку оба органа относятся к опухолям визуальной локализации и достаточно легко доступны для исследования [3].

Разработанные и внедренные в ряде стран системы цервикального и маммографического скрининга при хорошей организации и поддержке государственных органов позволили значительно снизить заболеваемость в тех странах, где женщины осознают ценность здоровья, важность регулярных осмотров и своевременно посещают врача [5, 6]. Традиционно для значительной части российских женщин характерны невнимательное и небрежное отношение к состоянию своего здоровья, гормонофобия, недоверие к медицине, редкое участие в профилактических скрининговых программах. Настоятельная необходимость лучшего понимания причин редкого посещения врачей для проведения скрининговых исследований определила актуальность данной работы.

Исследование проводилось под эгидой Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН) при сотрудничестве с Дальневосточным институтом содействия общественному развитию (ДВИСОП), Российской медицинской академией последиplomного образования и рядом медицинских и немедицинских организаций более чем в 20 регионах страны.

**Цель первого этапа исследования:** провести оценку отношения женщин к своему здоровью, знаниям и профилактике онкологических заболеваний, к позиции по скрининговым исследованиям, приему гормонов и обусловленности этого отношения уровнем доверия к врачу.

Задачи исследования:

- оценить отношение женщин к здоровью, их знания в области скрининговых исследований;
- проанализировать поведенческие мотивы, связанные с обращением к гинекологу;
- изучить отношение к использованию гормональных препаратов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анкетирование явилось частью разработанного РАГИН и ДВИСОП всероссийского проекта «Женщины разного возраста: между онконебрежностью и онкофобией», который включает в себя три этапа: 1) анкетирование женщин разных возрастов в регионах РФ, т. е. массовый опрос целевой аудитории, и анализ полученных данных; 2) разработку образовательных программ, направленных на повышение мотивации женщин и обучение врачей психолого-педагогическим навыкам общения с пациентами в зависимости от их личностных характеристик; 3) внедрение разработанных образовательных программ в практическую деятельность врачей и общественных женских организаций.

*Дизайн* первого этапа проекта соответствовал критериям одномоментного сравнительного клинического исследования, длительность которого составила 6 месяцев.

*Методология:* всероссийский количественный опрос женщин в возрасте 18–65 лет.

*Метод исследования:* анонимное анкетирование.

*Инструментарий:* формализованная анкета, состоящая из 9 блоков содержательных вопросов (без учета социально-демографического и отборочного блоков).

*Выборка:* стратифицированная двухосновная случайная. Полученные данные представляют женское население России в возрасте 18–65 лет по возрастным группам, уровню образования, типам населенного пункта проживания. Общий объем выборки: 1826 респонденток из 24 городов Российской Федерации: Барнаула, Биробиджана, Владивостока, Волгограда, Калининграда, Кемерово, Краснодара, Москвы, Мурманска, Озер, Перми, Петропавловска-Камчатского, Ростова-на-Дону, Рязани, Санкт-Петербурга, Томска, Тулы, Тюмени, Уссурийска, Хабаровска, Читы, Южно-Сахалинска, Якутска, Анадьра (исследование продолжается). Из них для данного статистического анализа отобраны анкеты 991 женщины в возрасте 45–65 лет (средний возраст —  $48 \pm 4,4$  года) как наиболее уязвимых для онкологических заболеваний гениталий. Показатель отклика составил 54,3%. В качестве дифференцирующих факторов использовали возраст респонденток, их профессиональную принадлежность к медицинской или немедицинской сфере, место жительства (город или сель-

Авторы: **С. П. Машовец** (ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России / Far Eastern State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Н. Б. Москвина** (Дальневосточный институт содействия общественному развитию, Хабаровский институт третьего возраста / Far Eastern Institute of Social Development Assistance, Khabarovsk Institute of the Third Age); **В. Г. Акимкин** (ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора / Scientific Research Institute of Disinfectology of the Federal Service on Customers' Rights Protection and Human Well-Being Surveillance, ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора / Central Scientific Research Institute of Epidemiology of the Federal Service on Customers' Rights Protection and Human Well-Being Surveillance); **Н. В. Артымук** (ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России / Kemerovo State Medical Academy, Ministry of Health of Russia); **Т. Н. Бебнева** (ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» / Peoples' Friendship University of Russia, ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России / Scientific Centre of Endocrinology, Ministry of Health of Russia); **Т. Е. Белокрицкая** (ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» / Chita State Medical Academy); **В. Г. Волков** (ФГБОУ ВО «Тюльский государственный университет» / Tula State University); **А. Г. Галенко** (ГБУЗ «Кольская центральная районная больница» / Kola Central District Hospital); **В. Ф. Долгушина** (ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России / South Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia); **И. Д. Евтушенко** (ФГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России / Siberian State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Л. И. Короленкова** (ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» Минздрава России / N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Ministry of Health of Russia); **М. С. Крапивина** (ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России); **И. И. Кукарская** (ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России / Tyumen State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Е. Ю. Лебеденко** (ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России / Rostov State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Е. В. Ледин** (ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» / Peoples' Friendship University of Russia, ФГАУ Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России / Treatment and Rehabilitation Centre, Ministry of Health of Russia); **А. В. Ледина** (ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» / Peoples' Friendship University of Russia, Клинический госпиталь «Лапино» группы компаний «Мать и дитя» / Lapino Clinical Hospital, Mother and Baby Group of Companies); **Е. В. Липова** (ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ / Central State Medical Academy at the Department of Presidential

ская местность). Для проведения сравнительного анализа анкетируемые были разделены на две группы: *первую группу* составили 519 (52,4%) женщин, занятых в медицинской сфере, *вторую* — 472 (47,6%) респонденток, работающих в других областях деятельности. Группы были сопоставимы по основным изучаемым параметрам.

Перед анкетированием респондентки получили информацию о целях, задачах исследования, а после анкетирования — о необходимости прохождения регулярного скринингового обследования для профилактики рака.

Для изучения отношения респонденток к своему здоровью была разработана специальная анкета, состоящая из 9 блоков высказываний. В каждом блоке содержится четыре варианта ответа, из которых надо выбрать один, соответствующий позиции участницы опроса. Далее происходило тематическое объединение высказываний, в результате чего сформировались три группы.

Первая группа высказываний дает возможность определить основные тенденции отношения к своему здоровью, такие как склонность к фобическим реакциям, или к небрежности в отношении своего состояния, или к настороженности.

Вторая группа позволяет выявить степень доверия женщин к докторам и влияние этого фактора на состояние здоровья и отношение к лечению.

Третья группа высказываний представляет информацию об отношении женщин к скрининговым процедурам и гормонотерапии.

Статистическую обработку полученных результатов производилась в соответствии с общепринятыми методами медицинской статистики. Все полученные в результате анкетирования данные были переведены в электронный вид, созданы компьютерные матричные файлы-вопросники. Для работы использовали статистические программы Statistica 6.0 и SPSS, Microsoft Excel 7 для Windows 98, Biostat. Ошибка выборки с вероятностью 95% не превышает  $\pm 2,9\%$ .

Различие между сравниваемыми величинами признавали статистически значимым при  $p < 0,05$  (уровень достоверности — 95%).

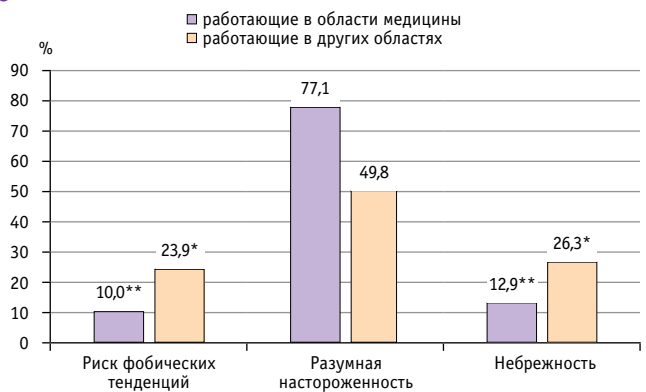
## РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство интервьюеров в регионах страны отметили заинтересованность и активное желание респонденток отвечать на предложенные вопросы, что можно расценить как признак недостатка внимания к проблемам здоровья женщин со стороны общества. И только в крупных городах

Рис. 1. Отношение респонденток к своему здоровью

\* Отличие от работающих в области медицины статистически значимо ( $p < 0,05$ )

\*\* Отличие от количества женщин, проявляющих разумную настороженность, статистически значимо ( $p < 0,05$ )



наблюдалось некоторое нежелание респонденток из немедицинской среды отвечать на вопросы и слушать рекомендательную медицинскую информацию.

Получены первые результаты исследования, которые представляют несомненный интерес.

Отношение к здоровью изучали в диапазоне между фобическими тенденциями и небрежностью. При этом учитывали, что существует нормальный (управляемый, регулируемый), т. е. естественный страх перед болезнью, побуждающий человека проявлять заботу о своем здоровье. Подобное адекватное отношение может быть определено как настороженность, включающая осведомленность о состоянии своего здоровья, отсутствие эмоциональных крайностей; практические усилия по поддержанию здоровья. Такое отношение можно считать оптимальным, целевым. Именно его необходимо формировать у женщин начиная с детского возраста.

Двумя крайностями, прямо противоположными друг другу, но равно непродуктивными, являются фобические реакции и небрежность. Если первое проявляется в навязчивом, безотчетном, неконтролируемом и неуправляемом страхе перед гипотетической возможностью заболеть, то второе — в отсутствии должного внимания к сигналам, посылаемым организмом.

Сравнение отношения к здоровью у представительниц медицинской и немедицинской сфер представлено на *рисунке 1*.

Affairs of the Russian Federation); **Н. В. Мингалев** (ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России / Kuban State Medical University, Ministry of Health of Russia); **К. В. Минкевич** (ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России / I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia); **И. В. Молчанова** (ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России / Altai State Medical University, Ministry of Health of Russia); **А. В. Мухомина** (ФГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» / Pacific State Medical University); **А. И. Пашов** (ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта» / Immanuel Kant Baltic Federal University); **Т. Ю. Пестрикова** (ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России / Far Eastern State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Н. М. Подзолкова** (ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России / Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia); **В. Е. Радзинский** (ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» / Peoples' Friendship University of Russia); **Е. А. Сандакова** (ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Минздрава России / E. A. Vagner Perm State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Л. В. Сутурина** (ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» / Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction); **М. Н. Тишина** (ГБУ Рязанской области «Городская клиническая больница № 10» / Ryazan City Clinical Hospital No. 10); **Л. В. Ткаченко** (ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России / Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia); **И. Ф. Фаткуллин** (ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России / Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia); **Г. И. Филиппова** (МБДОУ ДС ОБ № 9 «Солнышко» / Solnyshko, Comprehensive Nursery School No. 9).

Среди опрошенных медработников значимо доминирует адекватное отношение к здоровью (разумная настороженность): 400 (77,1%) респонденток. Риск фобических и пренебрежительных тенденций в этой группе подвержено приблизительно одинаковое количество женщин — 52 (10,0%) и 67 (12,9%) соответственно. Среди представительниц немедицинской сферы деятельности картина несколько иная: лишь половина опрошенных — 235 (49,8%) — проявляют разумную настороженность. А количество тех, кому свойственны фобические (113/23,9%) или пренебрежительные (124/26,3%) тенденции по сравнению с медиками почти в 2 раза выше ( $p < 0,05$  для обоих показателей).

Причины такого значимого смещения от разумной настороженности к риску нозофобии или нозобеспечности требуют специального изучения. Мы позволим себе сделать некоторые предположения, задающие определенные векторы для последующих исследований. Прежде всего, выскажем гипотезу, что противоположные по знаку тенденции — к фобии или к беспечности — могут порождаться схожими причинами. Обозначим некоторые из наиболее вероятных.

В первую очередь, это информационный поток на медицинские темы, идущий из всех каналов коммуникации: множество телепередач, специальные бесплатные газеты, Интернет с огромными его возможностями. Однако определяющим здесь является не количество, и даже не качество информации, а то, как и во что она трансформируется в сознании слушателей/зрителей. Трансформации обусловлены различными факторами: и уровнем образования, и способностью критически мыслить, и особенностями характера (оптимист/пессимист), и сложной системой мотивации, в которой может присутствовать скрытый мотив заболеть, чтобы тем самым привлечь к себе внимание, и т. п.

Таким образом, одна и та же информация у одних может порождать беспечность, а у других — страхи. Поэтому возникает ряд задач: первая — изучить, как воздействуют СМИ, поднимающие темы здоровья, на разные категории потребителей этой информации; вторая — разработать и реализовать адресные просветительские и образовательные программы, которые учитывали бы различия в восприятии информации разными группами населения.

В рамках проведенного опроса осуществляли проверку предположения о наличии корреляции между характером отношения к здоровью и степенью доверия к врачу. Вторая группа высказываний позволила выявить, насколько доверяют врачам медики и представители немедицинской сферы. Результаты представлены на рисунке 2.

Как следует из рисунка, высока доля медицинских работников и занятых в других сферах, доверяющих врачам: 394 (75,9%) и 314 (66,5%) соответственно. Является ли такое совпадение случайным — вопрос, ответ на который может быть получен при продолжении исследования с использованием более тонкого инструмента обследования. Вместе с тем подобное совпадение следует зафиксировать, равно как и то, что количество испытывающих недоверие примерно равно количеству тех, кто проявляет непродуктивное отношение к здоровью (небрежное или с тенденцией к неуправляемому страху).

Такие результаты могли бы стать основанием для выдвижения гипотезы, согласно которой уровень доверия к врачу является определяющим фактором в формировании того или иного отношения человека к своему здоровью. Однако группа женщин, работающих вне медицинской сферы, эту гипотезу не подтверждает (см. рис. 2). Здесь доверяю-

Рис. 2. Доверие респонденток к врачам

\*  $P < 0,05$

\*\*  $P < 0,05$

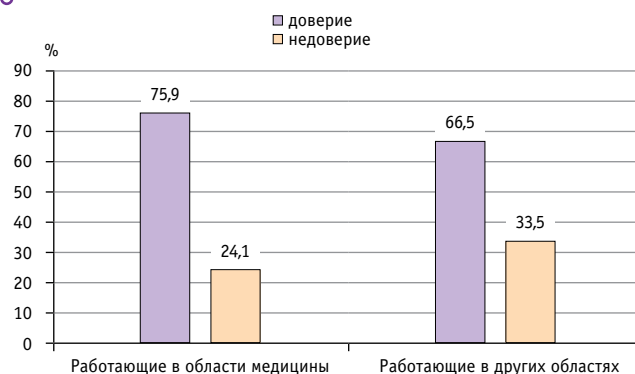
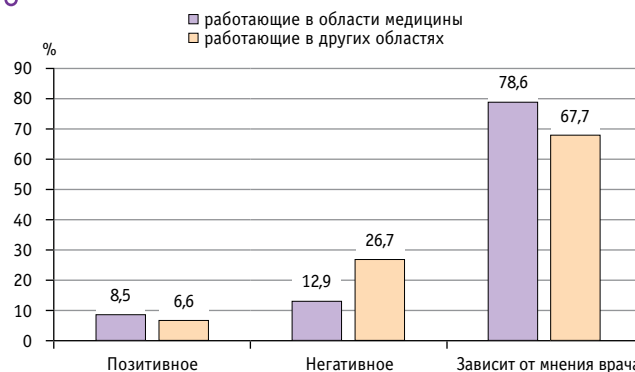


Рис. 3. Отношение к гормонотерапии

\*  $P < 0,05$

\*\*  $P < 0,05$



щих — 314 (66,5%), а не доверяющих — 158 (33,5%), однако число последних статистически значимо меньше количества тех, кто проявляет непродуктивные варианты отношения к здоровью (таких в общей сложности 237 (50,2%);  $p < 0,05$ ) (см. рис. 1). Допустимо предположение, что в медицинской выборке степень доверия к коллеге оказывается более значимым фактором, в то время как в выборке женщин других специальностей приоритет имеют другие факторы.

Представляется важным акцентировать два момента. Первый: в обеих выборках достаточно высока степень доверия респонденток к врачам, что на фоне многочисленных критических материалов о состоянии медицины и проблемах с медицинскими кадрами свидетельствует о сохранении в обществе кредита доверия к людям в белых халатах. Второй — настораживающий: каждая четвертая респондентка, профессионально связанная с медицинской сферой, а следовательно, в той или иной мере осведомленная о состоянии дел в ней, испытывает недоверием к докторам. Это результат, требующий уточнения, перепроверки, многомерного анализа и интерпретации.

Проверочным тестом на доверие к врачу можно считать вопрос об отношении к гормонотерапии. Респонденткам было предложено выбрать из трех вариантов тот, который отражает их действительное отношение к гормонам. Первый вариант — негативное отношение, второй — позитивное, третий — опосредованное мнением, рекомендациями лечащего врача (рис. 3).

Выявлено, что среди медиков невелико количество тех, кто имеет однозначное (положительное или отрицательное)

отношение к гормонам (44/8,5% и 67/12,9%), среди представительниц других профессий — 31 (6,6%) и 126 (26,7%) соответственно. Подавляющее большинство — 408 (78,6%) женщин из медицинской сферы и 315 (66,7%) из других областей деятельности — доверяют в вопросе назначения и выбора гормональной терапии врачу.

Такое распределение ответов подтверждает достаточно высокий уровень доверия к врачам в столь неоднозначном вопросе, в отношении которого тянется шлейф сомнений и опасений из прошлых десятилетий, — в вопросе гормонотерапии.

У представительниц иных профессиональных сфер отношение к гормонотерапии ожидаемо отличается, хоть и статистически не значимо. Наиболее значительными являются отличия в негативном восприятии гормонов — явно наблюдается рост числа респонденток-«негативисток». И этот рост происходит в основном за счет снижения числа тех, кто доверяет врачу в вопросе назначения гормонотерапии.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительные результаты исследования показали низкий уровень комплаентности в скрининговых программах, преобладание негативного отношения к гормональным препаратам над позитивным среди лиц немедицинских профессий и достаточно высокий уровень доверия к врачу среди всех опрошенных. Апробированная в исследовании анкета продемонстрировала достаточные информативность и диагностический потенциал, позволяющие осуществлять многоаспектную оценку отношения респонденток к здоровью и сформулировать некоторые предположения относительно

но факторов, опосредующих это отношение. В статье представлены предварительные данные, а именно лишь самый общий сравнительный анализ результатов исследования на медицинской и немедицинской выборках респонденток.

На следующем этапе исследования планируется осуществить дифференциальный анализ: разных возрастных групп, городских и сельских жительниц, а также представительниц разных российских регионов. Соотнесение результатов по такому количеству параметров позволит получить объемное представление об отношении россиянок к своему здоровью и факторах, определяющих это отношение. Такое представление правомерно считать необходимым для работы над практическими рекомендациями по формированию оптимального отношения к здоровью — отношению разумной настороженности.


Анализ полученных результатов позволит разработать образовательный проект для пациентов и врачей, способствующий формированию грамотного, разумного отношения к здоровью и снижению небрежности в обществе в целом и к онкологическим заболеваниям гениталий в частности.

*Благодарим всех участников исследования, интервьюеров, ассистентов: Ваганову А. (Пермь), Анохову Л. И., Золотарева А. А., Котельникову О. Ю., Мальцеву Т. В., Тарбаеву Д. А. (Чита), Коренную В. В., Никитину Т. И. (Москва), Коновалову Г. А. (Москва), Петренко С. Е. (Краснодар), Туранову О. В. (Чита), Червова В. О. (Кемерово), Бахалова Н. В., Бахалова Г. Е. (Калининград), Гричевского Б. М. (Хабаровск), Михельсон А. Ф. (Ростов-на-Дону), Акимова Е. К. (Биробиджан), Петрухина Ю. В. (Южно-Сахалинск), Ермолаева К. И. (Якутск)*

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е. М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России // *Онкогинекология*. 2015. № 1. С. 6–15.
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена», 2014. 250 с.
3. Одинцова И. Н., Писарева Л. Ф., Хряпников А. В. Эпидемиология злокачественных новообразований в мире // *Siberian J. of*

*Oncology*. 2015. № 5. С. 95–101.

4. Статистическая информация за 2012 год. Статистика Минздрава России. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8029> (дата обращения — 15.08.2016).
5. Comparotto C., Borruto F. Cervical cancer screening: a never-ending developing program // *World J. Clin. Cases*. 2015. Vol. 16. N 3 (7). P. 614–624.
6. Valle I., Tramalloni D., Bragazzi N. L. Cancer prevention: state of the art and future prospects // *J. Prev. Med. Hyg*. 2015. Vol. 10. N 56 (1). P. E21–27. 

Библиографическая ссылка:

# Ведение пациенток с легкой цервикальной дисплазией. Возможности аргонплазменной абляции

С. И. Роговская<sup>1, 2</sup>, А. В. Ледина<sup>3, 4</sup>, Т. Н. Бебнева<sup>3</sup>, А. Х. Гайдарова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

<sup>2</sup> Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии, г. Москва

<sup>3</sup> Российский университет дружбы народов, г. Москва

<sup>4</sup> Клинический госпиталь «Лапино» группы компаний «Мать и дитя», г. Москва

**Цель обзора:** оценить эффективность лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени с использованием аргонплазменной абляции.

**Основные положения.** В статье представлены современные данные о диагностике и лечении цервикальных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой степени (low grade squamous intraepithelial lesion — LSIL). Описаны результаты исследования эффективности и безопасности методики аргонплазменной абляции (АПА) при лечении cervical intraepithelial neoplasia I/плоской кондиломы. Показана высокая эффективность метода. При проведенном через 3 месяца после АПА обследовании зафиксировано полное клиническое выздоровление всех 36 включенных в исследование пациенток. Рецидив LSIL наблюдался у двух (5,5%) женщин через 6 и 9 месяцев. Данный малоинвазивный метод лечения интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени обладает хорошей переносимостью.

**Заключение.** Щадящее воздействие АПА на эпителий шейки матки, контролируемая глубина деструкции, отсутствие грубых послеоперационных рубцовых изменений и деформаций шейки матки после лечения позволяют рекомендовать широкое использование метода в практической деятельности. Применение аппарата «Фотек» EA 141M, правильный выбор и настройка требуемых для достижения поставленных задач параметров дают возможность выполнить широкий круг диагностических и лечебных воздействий, помогающих поставить правильный диагноз и выбрать эффективную тактику ведения больных.

**Ключевые слова:** плоскоклеточная цервикальная интраэпителиальная неоплазия низкой степени, аргонплазменная абляция, широкополосная радиоволновая хирургия.

## Management of Patients with Mild Cervical Dysplasia: Potentials of Argon-Plasma Ablation Therapy

S. I. Rogovskaya<sup>1, 2</sup>, A. V. Ledina<sup>3, 4</sup>, T. N. Bebneva<sup>3</sup>, A. Kh. Gaidarova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

<sup>2</sup> Russian Scientific Center for Medical Rehabilitation and Health-Resort Medicine, Moscow

<sup>3</sup> Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

<sup>4</sup> Lapino Clinical Hospital, Mother and Baby Group of Companies, Moscow

**Objective of the Review:** To assess the efficacy of argon-plasma ablation as treatment for low-grade cervical intraepithelial neoplasia.

**Key Points:** This paper summarizes currently available information about the diagnosis and treatment of low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL). It also describes the results of a study that evaluated the efficacy and safety of argon-plasma ablation as treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade I/flat condyloma. This study showed a high efficacy of argon-plasma ablation. An examination performed 3 months after argon-plasma ablation showed complete clinical recovery of all 36 patients included in the study. Recurrence of LSIL was observed in 2 (5.5%) women and occurred 6 and 9 months after treatment, respectively. This minimally invasive method for treating low-grade intraepithelial lesion is well tolerated.

**Conclusion:** Minimal damage to the cervical epithelium, controlled depth of tissue destruction, and the absence of extensive surgery scarring or post-treatment cervical defects suggest that argon-plasma ablation can be widely used in practice. With the Fotek EA 141M device with parameter settings appropriately chosen and adjusted in consideration of the procedure's goals, specialists can perform a wide range of diagnostic and therapeutic interventions that help to make an accurate diagnosis and choose effective management options.

**Keywords:** low-grade squamous cervical intraepithelial neoplasia, argon-plasma ablation, broadband radio wave surgery.

В связи с развитием новых медицинских технологий изменяется тактика ведения пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки [13, 14]. Дисплазия, преинвазивная карцинома шейки матки, развивающиеся вследствие инфицированности ВПЧ различной степени онкогенного

риска, по морфологическим признакам относятся к интраэпителиальным поражениям (cervical intraepithelial neoplasia — CIN). По цитологической классификации Terminology Bethesda system (1988, 1991), плоскоклеточная дисплазия соответствует понятию squamous intraepithelial lesion (SIL).

**Роговская Светлана Ивановна** — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России; главный научный сотрудник ФГБУ РНЦ МРИК Минздрава России. 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. E-mail: srogovskaya@mail.ru

**Ледина Антонина Виталиевна** — д. м. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФGAУ ВО РУДН; врач клинического госпиталя «Лапино» ГК «Мать и дитя». 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: antoninaledina@yandex.ru

**Бибнева Тамара Николаевна** — к. м. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФGAУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: bebn@mail.ru

**Гайдарова Ажа Халидовна** — д. м. н., заведующая отделом гинекологии ФГБУ РНЦ МРИК Минздрава России. 121099, г. Москва, Новый Арбат, д. 32. E-mail: gaidarova88@mail.ru



Среди всех степеней тяжести наиболее спорными в клиническом отношении представляются низкая степень дисплазии и плоская кондилома — low grade SIL (LSIL).

Частоту прогрессии цервикальной интраэпителиальной неоплазии в карциному трудно прогнозировать, так как, по разным данным, она колеблется от 17% до 70% [8, 10, 11]. Время, необходимое для развития опухолевого процесса, различно, особенно у пациенток с наличием факторов риска. Считается, что для прогрессии самых тяжелых форм интраэпителиальной неоплазии в инвазивный рак необходимо от 3 до 10 лет. У некоторых женщин этот скрытый период настолько длинен, что инвазия до конца жизни может не развиться. У других заболевание может возникнуть стремительно, в течение нескольких месяцев [7].

У сексуально активных девушек-подростков и молодых женщин количество случаев спонтанной регрессии процесса LSIL (ВПЧ/CIN I) варьирует от 60–70% на первом году, после трех лет может достигать 90%. Примерно в 15% случаев изменения сохраняются дольше, у 30% женщин прогрессируют в тяжелую степень (HSIL) и у около 1% — в инвазивную карциному. В первые 2–3 года с момента инфицирования может наблюдаться спонтанная регрессия, поэтому эксцизионные методы лечения неприемлемы в качестве стартовой терапии таких пациенток [16].

При проведении кольпоскопии следует помнить, что диагноз CIN I ввиду неспецифичности кольпоскопической картины, элемента субъективизма в ее оценке не всегда надежен и точен. Повторная экспертиза биопсийного материала, взятого под кольпоскопическим контролем, подтвердила диагноз CIN I только у 43% пациенток; у 41% результаты анализов были расценены как нормальные, у 13% женщин был установлен диагноз поражения более тяжелой степени (CIN II или CIN III). Н. J. Soost и соавт. (1991) в 23% взятых образцов у пациенток с CIN I обнаружили CIN II и CIN III [16].

Несмотря на то что при CIN I (LSIL) тенденция к спонтанной регрессии патологического процесса высока, абсолютный риск прогрессии LSIL в HSIL в течение 2–4 лет составляет до 15–25%. И это главная причина, по которой необходима терапия интраэпителиальных поражений, персистирующих более 2 лет, при этом преимущество следует отдавать деструктивным методам лечения (криотерапии, лазеру и т. п.). Подход к терапии CIN I должен быть сбалансированным; следует учитывать как вероятность спонтанной регрессии, так и возможный риск, что недиагностированное, т. е. пропущенное поражение высокой степени останется без лечения [12].

При кольпоскопическом обследовании важнейшим является определение типа зоны трансформации (ЗТ) — I, II или III; характера и локализации кольпоскопических находок. Наиболее специфичные признаки LSIL: нежные ацетобелый эпителий [6], мозаика и пунктация, представляющие собой проявления атипичской васкуляризации эпителия. В ответ на внедрение ВПЧ изменяются в первую очередь клетки, расположенные в базальном и парабазальном слоях, т. е. находящиеся в глубине эпителия.

Цитологический метод диагностики важен, однако при взятии материала с экзоцервикса пораженные клетки могут не попасть в образцы для исследования, что снижает диагностическую ценность метода. Чувствительность и специфичность цитологического обследования составляют 46–93% и 73–98% соответственно [4, 9], поэтому определяющим в постановке диагноза и в выборе метода лечения является комплексное обследование, включающее также биопсию и последующее гистологическое исследование биоптата.

В последние годы широко применяется ДНК-ВПЧ-тест, который включает в себя выявление группы онкогенных вирусов с критической вирусной нагрузкой.

Для уточнения диагноза и выбора оптимальной тактики ведения пациентки можно использовать метод исследования уровня иммуногистохимического маркера активности онкогенной экспрессии ВПЧ высокого онкологического риска — p16INK4a [15].

Выбор метода лечения CIN зависит от обширности поражения шейки матки, возраста пациентки, наличия сопутствующей патологии, репродуктивного анамнеза, возможностей женщины [7]. Существует два варианта терапии CIN. Первый — щадящая наблюдательная тактика с регулярными цитологическим обследованием, оценкой вирусной нагрузки (ВПЧ-тестирование) и кольпоскопическим контролем. Если при предшествующем обследовании или не было отклонений, или выявляли атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения (atypical squamous cell undetermined significance) либо LSIL, то целесообразно наблюдение за пациенткой на протяжении 18 месяцев с проведением цитологического обследования через 6 и 12 месяцев и/или ВПЧ-тестирования через 12 месяцев. При длительной персистенции вируса у некоторых женщин возможно прогрессирование патологического процесса с развитием более тяжелого интраэпителиального поражения, поэтому пациентки обязательно должны находиться под постоянным наблюдением врача с проведением регулярных контрольных обследований.

Второй подход к терапии CIN предполагает воздействие на патологически измененную шейку матки хирургическими методами с целью удаления или деструкции очага поражения [1].

Активное ведение при диагнозе CIN I (применение абляции или эксцизии) рекомендовано пациенткам старше 35 лет, при обширном поражении, персистенции CIN I более 18 месяцев, нежелании/невозможности женщины посещать врача регулярно. При этом у женщин с CIN I при удовлетворительной (адекватной) кольпоскопии (ЗТ I или II типа) приемлемы как абляция, так и эксцизия. В случае неудовлетворительной кольпоскопии (ЗТ III типа), при наличии эндоцервикального компонента, недоступной для визуализации на всем протяжении области стыка многослойного плоского и цилиндрического эпителия, у женщин с рецидивом CIN проводят эксцизию и обязательное гистологическое исследование биоптата.

В настоящее время среди способов хирургического лечения шейки матки наиболее результативными и приемлемыми с позиций практикующих врачей акушеров-гинекологов являются методы широкополосной радиоволновой хирургии, дающие возможность произвести эксцизионные и абляционные воздействия. Активно внедряют в практику аргонплазменную абляцию (АПА), которая позволяет быстро и эффективно проводить деструкцию тканей, коагуляцию сосудов и остановку кровотечения.

Обе операции возможно осуществлять с помощью электрохирургического аппарата «ФОТЕК» EA 141M (ООО «ФОТЕК», Екатеринбург). Технические возможности аппарата дают возможность в зависимости от поставленной задачи подобрать необходимые параметры для проведения манипуляции, что особенно важно при биопсии, поскольку артефакты, возникающие при неправильном использовании низковольтных приборов, могут вызывать термические повреждения тканей (исчезновение деталей строения клеток, вытянутость и повышенную плотность ядер, дистрофические изменения клеток



## ФОТЕК АК101

### Кавитационный ультразвуковой аппарат

- Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы (вульвовагинит, цервицит)
- «Экспресс-санация» половых путей перед хирургическим лечением патологии шейки матки и внутриматочными манипуляциями
- Обработка половых путей в послеоперационном периоде

Реклама

## ФОТЕК EA141M

### Аргонусиленный широкополосный радиоволновой аппарат

#### Радиоволновая хирургия:

- Петлевая биопсия
- Конизация и эксцизия шейки матки
- Удаление новообразований

#### Аргоноплазменная абляция при лечении:

- Гиперкератоза
- Кондиломатоза
- Лейкоплакии
- Декубитальных язв
- Эктропиона



## АСД – ФОТЕК

### Аспиратор дыма

- Удаление микробов, вирусов и канцерогенных продуктов горения
- Отличная визуализация рабочей зоны
- Отсутствие неприятных запахов
- Безопасная работа медицинского персонала
- Комфортные условия для пациента
- Синхронизация работы с радиоволновым аппаратом

базального слоя с образованием крупных вакуолей и др.), что приводит к значительному затруднению или делает невозможным адекватную оценку патологического процесса [3].

Правильный выбор режимов и настройка аппарата «ФОТЕК» EA 141M помогают решить множество задач. Использование радиоволнового тока с частотой свыше 1,5 МГц, электрода с малым сечением (вольфрамовую нить с диаметром сечения 0,3 мм) при коротком времени экспозиции позволяет достичь эффекта резания без термического повреждения исследуемых образцов. При необходимости одновременного создания гемостаза (эффект резания и коагуляции одновременно) манипуляция проводится при средних показателях настройки, но в этом случае возможно незначительное обугливание ткани в локусе разреза. При наименьшей мощности, большем сечении электрода и времени воздействия может происходить значительная коагуляция тканей и сосудов.

Сочетание и подбор необходимых для решения точно поставленной задачи параметров (чистое резание, резание и коагуляция, только коагуляция) обеспечивают выполнение широкого круга диагностических и лечебных воздействий. При лечении CIN I, плоской кондиломы, другой доброкачественной патологии шейки матки возможно проведение точечной биопсии, эксцизии в режиме аппарата «Резание» или «Смесь». При возникновении кровотечения изменяют режим на «Смесь» или «Смесь1», а при значительном кровотечении проводят гемостаз раневой поверхности в режиме «Фульгур».

Неоспоримые достоинства широкополосной радиоволновой хирургии — получение качественного материала для гистологического исследования, коагуляция мелких сосудов одновременно с рассечением ткани, позволяющая работать на бескровном (малокровном) операционном поле, быстрота проведения вмешательства, небольшое число нежелательных эффектов в послеоперационном периоде, отсутствие глубоких рубцов после эксцизии, стерилизующий эффект радиоволн [5].

Важно, что применение аппарата «ФОТЕК» EA 141M позволяет лечить не только патологические процессы шейки матки, но и ряд заболеваний вульвы, влагалища и перианальной области.

Для оценки эффективности и безопасности АПА при лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии низкой степени нами проведено проспективное сравнительное клиническое исследование, в которое были включены 36 женщин в возрасте 18–35 лет (средний возраст —  $24 \pm 2,3$  года).

У всех участниц исследования по результатам молекулярно-генетического обследования было выявлено или подтверждено инфицирование ВПЧ высокого онкогенного риска. Результаты цитологического исследования свидетельствовали о наличии LSIL.

У всех женщин было проведено морфологическое изучение биоптатов шейки матки, взятых прицельно под контролем кольпоскопа с участков ацетобелого и/или зон йод-негативного эпителия. Забор биоптата производился на 5–9-й день менструального цикла электродом-петлей с использованием метода широкополосной хирургии (аппарат «ФОТЕК» EA 141M). Гистологически у 24 (66,7%) пациенток обнаружена CIN I, у 8 (22,2%) — плоская кондилома, у 4 — сочетание плоской кондиломы с CIN I, что послужило показанием для проведения терапии с использованием АПА.

АПА патологически измененных участков шейки матки проводили под контролем кольпоскопа в режиме «Спрей» при мощности 50–70 Вт, позволяющей коагулировать ткани на глубину до 3 мм. Важным и обязательным условием проведения процедуры была четкая визуализация краев ЗТ. После процедуры на 7–14-й день отмечали отделение раневого экссудата, носившего характер скудных светлых серозных выделений. При отторжении пленки с раневой поверхности на 7–9-е сутки кровянистые выделения были мажущими, умеренными или незначительными и не требовали проведения лечебных мероприятий.

Эффективность терапии методом АПА оценивали по активности эпителизации и результатам цитологического исследования. Осмотр и обследование проводили через 1,5; 3, 6, 12 месяцев. Полная эпителизация шейки матки выявлена у 22 (61,1%) пациенток через 1,5 месяца. У 14 женщин наблюдали частичную эпителизацию шейки матки и умеренную воспалительную реакцию. При осмотре, проведенном через 3 месяца после АПА, отмечена полная эпителизация шейки матки у всех пациенток. Контрольные цитологические обследования через 6 и 12 месяцев не показали присутствия атипических клеток, койлоцитов, других клеток, характерных для ВПЧ-инфицирования и неопластического процесса, у 34 (94,4%) участниц. Через 6 и 9 месяцев рецидив LSIL наступил у 2 (5,5%) женщин [2]. В послеоперационном периоде осложнений не отмечали.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аргонноплазменная абляция (АПА) — высокоэффективный метод лечения интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени, который обладает хорошей переносимостью и обеспечивает высокие темпы эпителизации экзоцервикса. Щадящее воздействие АПА на эпителий шейки матки, минимальное повреждение, контролируемая глубина деструкции, отсутствие грубых послеоперационных рубцовых изменений и деформаций шейки матки позволяют рекомендовать широкое использование метода в практической деятельности. Это особенно важно при терапии нерожавших женщин и пациенток с персистенцией low grade squamous intraepithelial lesion, планирующих беременность в будущем.

Практическое применение метода возможно при лечении женщин с гистологически верифицированным диагнозом cervical intraepithelial neoplasia (CIN) I и плоской кондиломы при аномальной зоне трансформации (ЗТ) на шейке матки I и II типов. АПА может быть эффективна для лечения лейкоплакии, эктропиона, плоских и экзофитных аногенитальных кондилом, хронического цервицита на фоне обширной эктопии при неэффективности антибактериальной терапии. Согласно международным рекомендациям по лечению CIN, АПА, как и в целом абляционные методики, приемлема при отсутствии данных о железистой патологии, инвазивном процессе, расхождений в гистологическом и цитологическом заключениях, полной визуализации ЗТ.

Применение аппарата «ФОТЕК» EA 141M, правильный выбор и настройка требуемых для достижения поставленных задач параметров позволяют выполнить широкий круг диагностических и лечебных воздействий, помогающих поставить правильный диагноз и выбрать эффективную тактику ведения больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Артамонова Н. В. Оптимизация диагностики и лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий I и II степени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2009. 26 с.
2. Ледина А. В., Роговская С. И., Гайдарова А. Х., Манжосова М. И. Аргонплазменная абляция в лечении цервикальных поражений LSIL // Уральский мед. журн. 2016. № 5 (138). С. 80–85.
3. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика. Руководство для врачей / Под ред. Ю. Ю. Андреевой, Г. А. Франка. М.: Практ. медицина, 2015. 302 с.
4. Патологическая анатомия: национальное руководство / Под ред. М. А. Пальцева, Л. В. Кактурского, О. В. Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1264 с.
5. Радиоволна и аргонная плазма в практике акушера-гинеколога / Под ред. В. Е. Радзинского, Е. Ю. Глухова. М.: StatusPraesens, 2016. 216 с.
6. Роговская С. И. Практическая кольпоскопия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 240 с.
7. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция. Рук-во для практикующих врачей / Под ред. С. И. Роговской, Е. В. Липовой. М.: StatusPraesens, 2014. 831 с.
8. CDC. Cervical cancer is preventable 2014. URL: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/cervical-cancer> (дата обращения — 15.08.2016).
9. Cobucci R., Maisonnète M., Macêdo E., Filho F. C. et al. Paptest accuracy and severity of squamous intraepithelial lesion // *Indian J. Cancer*. 2016. Vol. 53. N 1. P. 74–76.
10. Howlader N., Noone A. M., Krapcho M., Garshell J. et al. Technical Notes to the SEER Cancer Statistics Review, 1975–2012. Bethesda (MD): National Cancer Institute, 2015. URL: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2012/results\\_figure/sect\\_01\\_intro2\\_24pgs.pdf](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/results_figure/sect_01_intro2_24pgs.pdf) (дата обращения — 15.08.2016).
11. Huh W. K., Ault K. A., Chelmow D., Davey D. D. et al. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance // *Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 125. N 2. P. 330–337.
12. Kesic V. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция. Рук-во для практикующих врачей / Под ред. С. И. Роговской, Е. В. Липовой. М.: StatusPraesens, 2016. Гл. 14. С. 580.
13. Massad L. S., Einstein M. H., Huh W. K., Katki H. A. et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors // *J. Low Genit. Tract. Dis.* 2013. Vol. 17. N 5. Suppl. 1. P. S1–27.
14. Montz F. J. Management of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and low-grade squamous intraepithelial lesion and potential complications // *Clin. Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 43. N 2. P. 394–409.
15. Omori M., Hashi A., Nakazawa K., Yuminamochi T. et al. Estimation of prognoses for cervical intraepithelial neoplasia 2 by p16INK4a immunorexpression and high-risk HPV in situ hybridization signal types // *Am. J. Clin. Pathol.* 2007. Vol. 128. N 2. P. 208–217.
16. Soost H. J., Lange H. J., Lehmacher W., Ruffing-Kullmann B. The validation of cervical cytology. Sensitivity, specificity and predictive values // *Acta Cytol.* 1991. Vol. 35. N 1. P. 8–14. ■

Библиографическая ссылка:

# Проблема распространенности аногенитальных бородавок в Российской Федерации и их профилактика

М. А. Гомберг

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Цель обзора:** продемонстрировать недооценку истинной распространенности аногенитальных бородавок (АБ) в Российской Федерации, а также основанный на мировом опыте путь уменьшения заболеваемости ими с помощью массовой вакцинации.

**Основные положения.** АБ являются следствием инфицирования низкоонкогенными типами вируса папилломы человека (ВПЧ) и официально регистрируются в Российской Федерации как инфекция, передаваемая половым путем (ИППП). Международный опыт показал, что вакцинация лиц обоего пола квадριвалентной вакциной, способной предупредить заражение наиболее распространенными типами ВПЧ, ответственными за возникновение как онкологической патологии, так и АБ, быстро снижает количество случаев инфицирования ВПЧ и ассоциированной с этим вирусом патологии. Эффективность вакцинации прежде всего проявляется в сокращении числа регистрируемых случаев АБ в популяции.

**Заключение.** ВПЧ вызывает разнообразные патологии, включая онкологические заболевания и АБ, являющиеся одной из самых распространенных ИППП в Российской Федерации. Массовая вакцинация лиц обоего пола квадριвалентной вакциной способна уже в течение нескольких лет привести к резкому сокращению ассоциированной с ВПЧ заболеваемости, прежде всего АБ.

**Ключевые слова:** дисплазия, аногенитальные бородавки, вирус папилломы человека, квадριвалентная вакцина.

## Anogenital Warts: Estimation of Prevalence in Russia and Experience in Prevention

М. А. Gomberg

Moscow Scientific and Practical Center for Dermatology, Venereology, and Beauty Care, Moscow Department of Healthcare

**Objective of the Review:** To demonstrate that the actual prevalence of anogenital warts (AW) in Russia is underestimated and to describe an approach, based on world experience, to reduce the incidence of this condition through widespread immunization.

**Key Points:** Anogenital warts are caused by low-risk human papillomavirus (HPV) types and are officially recorded in Russia as a sexually-transmitted infection (STI). Worldwide experience has shown that vaccination of both men and women with a quadrivalent vaccine that protects against the most common HPV types causing cancers and AW rapidly reduces the number of new cases of HPV infection and HPV-associated diseases. The primary sign of vaccine efficacy is a reduction in the number of reported cases of AW in the population.

**Conclusion:** Human papillomavirus causes various disorders, including cancers and AW, which are the most common STI in Russia. Within just a few years, widespread vaccination of both men and women with a quadrivalent vaccine can significantly reduce the incidence of HPV-associated disorders, primarily AW.

**Keywords:** anogenital warts, human papillomavirus, quadrivalent vaccine.

Аногенитальные бородавки (АБ) относятся к числу официально регистрируемых в Российской Федерации ИППП. Это ставит АБ в разряд инфекций, контроль над которыми должен вестись так же строго, как, например, сифилиса. Между тем официальная статистика, построенная на данных, полностью зависящих от качества заполнения врачами соответствующих регистрационных форм при выявлении тех или иных ИППП, показывает, что число регистрируемых ежегодно случаев АБ находится на уровне выявления того же сифилиса (21,2 и 23,5 на 100 000 населения соответственно в 2015 г.), причем такая ситуация наблюдалась и все предшествующее десятилетие [1].

Но ведь очевидно, что соизмеримое число регистрируемых случаев сифилиса и АБ возможно только при недостаточной оценке частоты АБ, поскольку практика показывает совершенно другие цифры. Так, исследование распространенности АБ в клинической практике специалистов в РФ, проведенное в различных регионах России в 2012 г., когда дерматовенерологи, акушеры-гинекологи и урологи отдельно регистрировали в течение двух недель АБ среди всех остальных причин обращений за медицинской помощью, выявило, что средняя доля АБ среди поводов для этих обращений составляет около 10%. Результаты исследования были доложены на крупных российских и международных форумах, но пока не опубликованы.

При общем числе врачей трех указанных специальностей в России, приближающемся к 60 000, можно примерно подсчитать и возможную истинную распространенность АБ, которая составит свыше миллиона случаев и выведет АБ на первое место по частоте среди всех регистрируемых ИППП. Именно такая ситуация и существует в мире. Исследование, проведенное в Великобритании, когда изучали динамику различных ИППП в 1996–2005 гг., показало, что самой высокой была частота АБ у подростков и молодых людей, причем у пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 24 лет она составила 774 случая на 100 000, а у женщин в возрасте от 16 до 19 лет и от 20 до 24 лет — 730 и 676 случаев на 100 000 соответственно [13].

И это данные только по частоте АБ. Между тем хорошо известно, что ВПЧ, который вызывает АБ, способен привести к возникновению не только этой патологии, но и гораздо более серьезных. В большинстве случаев рак и предрак шейки матки, влагалища, полового члена, ануса, а также орофарингеальный рак вызывает ВПЧ высокого онкогенного риска [6].

Правда, АБ, респираторный папилломатоз, как правило, появляются вследствие ВПЧ низкого онкогенного риска, чаще всего 6-го и 11-го типов. Однако исследования выявили, что ВПЧ низкого онкогенного риска, хоть и реже, чем высокого, также способны приводить к развитию злокачественных новообразований. Так, в опубликованном в 2016 г.

Гомберг Михаил Александрович — д. м. н., профессор, главный научный сотрудник ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. 119071, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 17. E-mail: tagomberg@gmail.com

мировом отчете «ВПЧ и ассоциированные заболевания» представлены данные, свидетельствующие о том, что в ряде стран регистрировали рак полового члена, ассоциированный с 6-м, и с 11-м типом ВПЧ. В Бельгии на эти типы пришлось по 2,8% таких случаев, а в Бразилии с 6-м и 11-м типами ВПЧ были ассоциированы 19,5% и 39,0% случаев рака полового члена соответственно [5]. Встречаются и гигантские кондиломы Бушке — Левенштайна, вызванные низкоонкогенными типами ВПЧ, чаще всего 6-м.

Считается, что когда люди начинают жить половой жизнью, то они хотя бы раз инфицируются ВПЧ [9, 11].

В большинстве случаев ВПЧ исчезает после смены эпителия, в котором этот вирус локализуется, но никогда нельзя исключить неблагоприятный исход вследствие инфицирования [10].

Несмотря на обилие методов лечения АБ, когда их удаляют различными способами, ни один из них не гарантирует отсутствие рецидивов заболевания. И это понятно, поскольку невозможно быть уверенным, что вирус внедрился только в те области, где возникли видимые глазу АБ, которые можно удалить. Ведь ВПЧ мог внедриться и в соседние с ними участки, где в результате инфицирования на момент осмотра АБ не обнаруживали, но они вполне могли появиться позже. Поэтому с той же вероятностью, что вирус элиминируется, могут возникнуть и новые АБ. Не так уж важно, какие методы удаления АБ были использованы: физические (криодеструкции или любые хирургические методы), химические методы деструкции с использованием кислот или препараты растительного происхождения с цитостатическим действием (подофиллотоксин). Любым из этих способов действительно можно убрать разрастания на месте внедрения вируса, но при сохраняющейся ВПЧ-инфекции ни один из них не способен полностью застраховать от рецидива.

Таким образом, становится очевидным, что если существуют возможности профилактики заражения ВПЧ, то нет более действенного средства для предупреждения его неблагоприятных последствий. Мировой опыт показал, что для снижения риска инфицирования ВПЧ с последующим развитием АБ, а также любых других ВПЧ-ассоциированных заболеваний, нет ничего лучше первичной профилактики с помощью вакцинации. Считается, что 5% всех случаев рака у человека связаны с ВПЧ [12]. Уже этого достаточно, чтобы серьезно отнестись к проблеме профилактики ВПЧ. А при раке шейки матки или анальной области роль ВПЧ высокоонкогенных типов является определяющей. Показано, что 16-й и 18-й типы становятся причинами рака шейки матки у 70%, а анального рака — у 80% пациентов [8].

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрированы две вакцины против ВПЧ: бивалентная Церварикс (против 16-го и 18-го типов) и квадριвалентная Гардасил (против 6-го, 11-го, 16-го и 18-го типов). Главное назначение вакцин против ВПЧ 16-го и 18-го типов — профилактика рака шейки матки, поскольку именно для этой патологии была впервые показана роль высокоонкогенных типов ВПЧ, которые обнаруживают в 99,7% случаев [15].

Но для профилактики АБ можно использовать только 4-валентную вакцину Гардасил, поскольку около 90% АБ ассоциированы именно с 6-м и 11-м типами ВПЧ, защиту против которых обеспечивает эта вакцина. А частота АБ в популяции настолько высока, что суммарные затраты здравоохранения по борьбе с АБ соизмеримы с затратами на борьбу со всеми ВПЧ-ассоциированными раками, вместе взятыми [3].

АБ — самое распространенное ВПЧ-ассоциированное заболевание, и по динамике снижения частоты именно этой патологии можно довольно быстро, в отличие от оценки

уменьшения встерчаемости рака, определять эффективность вакцинации. Снижение заболеваемости АБ можно наблюдать уже через 1–3 года после начала программы вакцинации, а предраковыми поражениями — не ранее чем через 5 лет. Что касается ВПЧ-ассоциированного рака, то эффективность вакцинации против него можно определить только через десятилетия, когда вакцинированные дети достигнут возраста, при котором такую оценку корректно проводить. С помощью регистрации уменьшения распространенности АБ уже удалось оценить эффективность программы вакцинации в США, Австралии, Новой Зеландии, Бельгии, Швеции, Германии и др.

Самый показательный пример — Австралия. В Австралии повсеместная бесплатная вакцинация молодежи против ВПЧ была внедрена в 2007 г. Вакцинировали вначале только девочек в возрасте 12–13 лет, при этом до 2009 г. бесплатно могли быть вакцинированы и женщины до 26 лет. Через 4 года после внедрения общегосударственной программы вакцинации в Австралии отмечали почти 40%-ное снижение числа предраковых поражений шейки матки у молодых женщин и практически полное исчезновение АБ у австралийек младше 30 лет (учет велся через надзорную систему клиник сексуального здоровья) [4].

Наблюдали также почти 50%-ное уменьшение частоты АБ у гетеросексуальных мужчин младше 30 лет, которые, очевидно, получили свою защиту от ВПЧ за счет вакцинации своих половых партнерш. У гетеросексуальных мужчин более старшего возраста отмечали лишь незначительное снижение встречаемости АБ, а у мужчин-гомосексуалистов регистрировали постоянный рост заболеваемости, поскольку на них вакцинация женщин никак повлиять не могла.

В 2012 г. правительство Австралии приняло решение внедрить и вакцинацию мальчиков, чтобы обеспечить им прямую защиту от ВПЧ-заболеваний: АБ, анального рака, рака пениса, а также защитить тех мужчин, которые имеют секс с мужчинами. Моделирование показало, что введение вакцинации мальчиков в возрасте 12–13 лет в школах квадριвалентной вакциной приведет к полной элиминации АБ в Австралии к 2060 г. [7].

В России реализуется более 30 региональных программ ВПЧ-вакцинации, самые крупные из них — в Санкт-Петербурге, Московской области, Смоленской области, Ханты-Мансийском автономном округе.

Первые в России результаты вакцинопрофилактики ВПЧ были опубликованы в 2015 г. в журнале «Российский вестник акушера-гинеколога». Исследователи из Московского областного НИИ акушерства и гинекологии показали, что в районах Московской области, где проводилась вакцинация девочек квадριвалентной вакциной против ВПЧ, за 4 года (2008–2012) встречаемость АБ уменьшилась на 42% у девушек младше 17 лет [2].

Вакцинация против ВПЧ включена и в региональный календарь Москвы для девочек 12–13 лет. Однако, к сожалению, ее охват в Москве составляет менее 5%. Она осуществляется на базе детских поликлиник. Между тем, основываясь на мировом опыте, ВОЗ рекомендует проводить ВПЧ-вакцинацию на базе школ, так как это позволяет добиться максимального охвата и лучшего мониторинга безопасности и эффективности. Например, в Смоленской области, где вакцинация проводится на базе школ, ее охват составляет 90%.

Согласно позиции ВОЗ, вакцинация является самой эффективной инвестицией в здравоохранение. По данным фармакоэкономического анализа, проведенного НИИ детских инфекций ФМБА для Санкт-Петербурга, при вакцина-

# Защитите Ваших пациентов от рака и других заболеваний, вызванных ВПЧ\*

Рак шейки матки

Рак вульвы

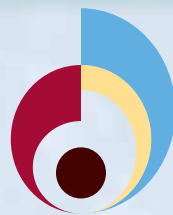
Рак влагалища

Анальный рак

Генитальные

кондиломы

вызванные ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов



## ГАРДАСИЛ®



*Каждый на счету*



Девочки и женщины 9-45 лет

Мальчики и мужчины 9-26 лет

### Ключевая информация по безопасности вакцины Гардасил®

(на основании одобренной МЗ РФ инструкции по применению от 14.01.2014)

**Противопоказания:** гиперчувствительность к активным компонентам и вспомогательным веществам вакцины. Нарушения свертываемости крови вследствие гемофилии, тромбоцитопении или на фоне приема антикоагулянтов являются относительным противопоказанием к внутримышечному введению вакцины Гардасил®. При остром тяжелом лихорадочном заболевании, введение вакцины Гардасил® следует отложить. Наличие легкой инфекции или небольшого подъема температуры тела не является противопоказанием к вакцинации.

**Побочное действие:** наиболее частые: повышение температуры, головокружение, обморок, боль в конечностях, а также местные реакции в области введения инъекции: боль, припухлость, покраснение.

**Особые указания:** при проведении любой вакцинации может наблюдаться обморок, особенно у подростков и молодых женщин. Вакцину Гардасил® следует вводить с осторожностью лицам с тромбоцитопенией и любыми нарушениями свертывания крови, поскольку после внутримышечной инъекции у таких лиц может развиться кровотечение.

**Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.**



ООО «МСД Фармасьютикалс»  
Россия, 115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1,  
тел.: +7 (495) 916 71 00,  
факс: +7 (495) 916 70 94,  
www.msd.ru  
VACC-1084314-0045 (01.2016)



[Квадривалентная Рекомбинантная Вакцина  
Против Вируса Папилломы Человека (6,11,16,18 типов)]

\*ВПЧ – вирус папилломы человека

ции 3000 девочек предотвращенный ущерб с учетом прямых медицинских и непрямых затрат составит 94,5 млн рублей. Увеличение охвата соответствующей возрастной когорты до 70% девочек города приведет к увеличению экономии бюджета на 346 млн рублей.

Что касается вопросов безопасности вакцинации против ВПЧ, то в опубликованном недавно обзоре мирового опыта по безопасности квадριвалентной вакцины против ВПЧ за 2006–2015 гг. было показано, что профиль ее безопасности очень высок и основные медицинские и регуляторные организации рекомендуют эту вакцину для рутинного применения [14].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВПЧ вызывает разнообразные патологии, включая онкологические заболевания и аногенитальные бородавки. АБ являются одной из самых распространенных ИППП в Российской Федерации. Вакцинация лиц обоего пола квадριвалентной вакциной, способной предупредить заражение наиболее распространенными типами ВПЧ, ответственными за возникновение как онкологической патологии, так и АБ, может уже в течение нескольких лет привести к резкому уменьшению распространенности ассоциированных с ВПЧ заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова М. А., Романова О. В. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации за период с 2006 по 2015 гг. // *Соврем. пробл. здравоохранения и медицинской статистики*. 2016. № 1. С. 8–12.
2. Краснополяский В. И. Результаты вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний и рака шейки матки в Московской области // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2015. Т. 15. № 3. С. 9–14.
3. Лялина Л. В., Николаевич М. С. Фармакоэкономическое обоснование вакцинации против папилломавирусной инфекции в Санкт-Петербурге // *Практ. фармакоэкономика*. 2014. Т. 1. С. 43–52.
4. Ali H., Donovan B., Wand H., Read T. R. et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data // *BMJ*. 2013. Vol. 346: f2032.
5. Bruni L., Barrionuevo-Rosas L., Albero G., Aldea M. et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). *Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report*. URL: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf> (дата обращения — 15.08.2016).
6. Coglianò V., Baan R., Straif K., Grosse Y. et al. Carcinogenicity of human papillomaviruses // *Lancet Oncol*. 2005. Vol. 6. N 4. P. 204.
7. Korostil I. A., Ali H., Guy R. J., Donovan B. et al. Near elimination of genital warts in Australia predicted with extension of human papillomavirus vaccination to males // *Sex. Transm. Dis*. 2013. Vol. 40. N 11. P. 833–835.
8. Low G. M. I., Attiga Y. S., Garg G., Schlegel R. et al. Can male vaccination reduce the burden of human papillomavirus-related disease in the United States? // *Viral Imm*. 2012. Vol. 25. N 3. P. 174–186.
9. Myers E. R., McCrory D. C., Nanda K., Bastian L. et al. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis // *Am. J. Epidemiol*. 2000. Vol. 151. N 12. P. 1158–1171.
10. Prabhu S. R., Wilson D. F. Human papillomavirus and oral disease — emerging evidence: a review // *Aust. Dental J*. 2013. Vol. 58. N 1. P. 2–10.
11. Satterwhite C. L., Torrone E., Meites E., Dunne E. F. et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates. 2008 // *Sex. Transm. Dis*. 2013. Vol. 40. N 3. P. 187–193.
12. Stanley M. Perspective: vaccinate boys too // *Nature*. 2012. Vol. 488. N 7413. P. S10.
13. Trends in anogenital warts and anogenital herpes simplex virus infection in the United Kingdom: 1996 to 2005 // *CDR Weekly Online*. 2006. Vol. 16. N 48. P. 1–4. URL: <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr4806.pdf> (дата обращения — 15.08.2016).
14. Vichnin M., Boanni P., Klein N., Garland S. M. et al. An overview of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Safety. 2006–2015 // *Pediatr. Infect. Dis. J*. Vol. 34. N 9. P. 983–991.
15. Walboomers J. M., Jacobs M. V., Manos M. M., Bosch F. X. et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide // *J. Pathol*. 1999. Vol. 189. N 1. P. 12–19. ■

Библиографическая ссылка: