

## Российская научно-практическая конференция «Патология шейки матки и генитальные

26-30 марта 2007 года в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии состоялась ежегодная научно-практическая конференция, посвященная проблемам патологии шейки матки и генитальных инфекций. Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Федеральное агентство высокотехнологичной медицинской помощи, Российское общество акушеров-гинекологов, ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии. В рамках конференции были освещены важные вопросы, касающиеся проблем совершенствования организации и качества гинекологической помощи женщинам с генитальными инфекциями в свете реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», были рассмотрены медико-социальные аспекты генитальных инфекций, современные принципы их диагностики и терапии, затронуты проблемы

влияния генитальных инфекций на репродуктивную функцию женщин, диагностики и лечения предрака и рака шейки матки и многое другое. Открыла конференцию В.Н. Прилепская, заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии.



## ИММУНОЛОГИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ СТРАТЕГИЮ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ



### Г.Т. Сухих

академик РАН, профессор, руководитель лаборатории клинической иммунологии, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

По мнению клиницистов, главная функция иммунитета заключается в контроле и ответе на любые инфекционные стимулы – вирусы, бактерии или какие-то другие агенты. Когда человек начал складываться как многоклеточный организм, для эволюции было не менее значимо придумать механизм контроля нашего клеточного гомеостаза, вот поэтому эти две функции и выполняет иммунная система. Сейчас происходит дрейф в сторону почтительного отношения к так называемым механизмам естественного или врожденного иммунитета, где доминирующую роль играют не специализированные клетки, а клетки, защищающие нас всегда, – это нетрофилы, рецедентные клетки

или макрофаги, тендритные клетки (различные белки, часть из которых комплемент или системы интерферона, иммуноглобулины, которые могут быть в виде специфических или неспецифических молекул). В случае вирусной инфекции существует всего два исхода – выздоровление или иммунодепрессия (аутоиммунные заболевания). Два исхода имеют и бактериальные стимулы – это острый воспалительный процесс или его хронизация. При этом придавать большое значение системе врожденного или приобретенного иммунитета я бы не стал, потому что это социальная система, она взаимодействует со многими другими системами, в частности с системой различных меди-

аторов, цитокинов и других клеточных и поративных циклов. Таким образом, роль генитальных инфекций в воспалительных заболеваниях органов малого таза может выражаться в локальных изменениях, которые могут выявиться в появлении различных воспалительных инфильтратов – повышение уровня цитокинов, факторы ВИЧ и F, факторы, участвующие в неопластическом процессе. Все это связано с процессами пролиферации клеток, апоптозом, нарушением экспрессии стероидных рецепторов, и исход в различных степенях ответа мезэнхимальных клеток на территории может быть склерозирование ткани и патологические изменения на территории слизистых.



### В.Н. Серов

академик РАН, профессор, заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

## ИНФЕКЦИЯ – ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОПРОС В МЕДИЦИНЕ

В вопросах, касающихся инфекции, мы должны иметь в виду, что это центральный вопрос, который является важнейшим в медицине. Вирусная патология у человека занимает 80%, а бактериальная – только 20%. Но врачи очень часто заняты лечением именно бактериальной патологии, не всегда учитывая вирусную. Интерес условно-патогенных инциалов заключается в том, что они очень слабо вызывают иммунный ответ. Поэтому, когда возникают неприятности, связанные с условно-патогенной флорой, то очень сложно вести защиту, потому что иммунитет считает эту флору своей. Надо отметить, что наличие микроорганизмов в любом локусе – кишечнике, влагалище, на коже совсем не означает заболевание. Обратить внимание на хламидии. Хла-

мидия вызывает развитие достаточно выраженных антител, и поэтому, когда она есть, проводить лечение не нужно, потому что срабатывает собственная защита. До сих пор считается, что от вируса папилломы человека очень трудно найти вакцину, потому что этот вирус очень нестойкая инфекция. Существует направление, связанное с развитием вакцин и с развитием лечебных вакцин. Поэтому трудно категорически сказать, что предпочтительнее, но оба эти направления целесообразны. Когда определяются брифинги герпетической, цитомегаловирусной инфекции, врач ни в коем случае не должен определять это как хроническую инфекцию, это носительство вируса. А хронические инфекции – это ВИЧ. По терминологии

специалистов, занимающихся вирусами, хронические инфекции всегда приводят к смерти. А носительство встречается повсеместно, но в ряде случаев может перейти в обострение. Выявить носительство вируса довольно трудная задача для диагностики. Защитой от различных вирусов может служить иммунизация. Иммунизация очень прогрессивное направление медицины. Результатом проведения иммунизации может стать хороший эффект, особенно против гриппа. В США, где стабильно проводится иммунизация против гриппа, резко снизилось количество этого заболевания. Иммунизация детей против гепатита в некоторых изоляторах на Тайване позволила снизить смертность от рака печени на 70%.

26-30 марта, 2007 года

# инфекции – от теории к практике»

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ

В 1996 году было впервые сказано о том, что рак шейки матки является потенциально предотвратимым заболеванием. С тех пор прошло очень много времени, и за этот период произошли изменения. Были созданы новые технологии лечения различных заболеваний шейки матки и новые диагностические подходы к профилактике рака шейки матки.

Почему рак шейки матки потенциально предотвратимое заболевание? Шейка матки – единственный орган репродуктивной системы, которая полностью доступна для проведения диагностических исследований. А рак шейки матки – единственная форма генитального рака, вирусная природа которого является абсолютно доказанной. С этой точки зрения ряд профилактических и лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию этого тяжелого заболевания, позволяет говорить нам о том, что рак шейки матки полностью потенциально предотвратимое заболевание, и, как полагают ведущие эксперты, в ближайшее десятилетие представится возможность полностью

справится с этой патологией, по крайней мере, в развивающихся странах.

Ведущую роль в развитии рака шейки матки играет вирус папилломы человека, который сейчас широко распространен не только в нашей стране. Вирус папилломы человека как доказательство вирусной этиологии рака шейки матки выявляется почти у 100% пациентов при исследовании биоптатов шейки матки.

В России ежегодно около 6 тыс. женщин умирают от рака шейки матки. Средний возраст умерших – 59 лет, причем в возрасте 35-40 лет, т.е. в самом активном репродуктивном возрасте, одной из основных причин смерти от злокачественных опухолей является смерть именно от рака шейки матки. Из этого видно, что заболевание молодеет и процент заболевших раком увеличивается. Все это связано с ростом инфекций, передающихся половым путем, смешанных инфекций и особенно вируса папилломы человека. Проблема в России заключается в отсутствие единого подхода к ведению больных с заболеваниями шейки матки, а вероятность забо-

леть у каждой женщины гораздо больше, чем в развитых странах Европы. Также не внедрен алгоритм диагностики и лечения, который общепринят в развитых странах. Лечение проводится без учета особенностей процесса, возраста и наличия тех или иных методик, показанных при лечении той или иной конкретной пациентки.

Профилактика рака шейки матки и вообще рака должна являться частью государственной политики. В виду реализации национального проекта «Здоровье», который, в первую очередь направлен на здоровье женщины и будущих поколений, мы надеемся на то, что в России будет принята единая программа профилактики рака шейки матки, которая существует сейчас не только в Москве, и дает свои результаты. Потому что только таким путем можно решить проблему рака шейки матки.

За рубежом определена система и этапы профилактики рака шейки матки. Первичная профилактика – это проведение мероприятий с целью предотвращения рака этой локализации. Эти мероприятия заключаются в образовании населения,



**В.Н. Прилепская**

д.м.н., профессор,  
заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

снижении факторов риска, и конечно вакцинации. Сегодня существуют реальные предпосылки для дальнейшего расширения объема вакцинации, потому что первая вакцина – Гардасил – зарегистрирована у нас в стране несколько месяцев тому назад. Не менее важна и вторичная профилактика – это раннее выявление и лечение заболевания на стадии предрока, т.е. скрининг, который дает огромные результаты во всем мире.

## НАБЛЮДЕНИЕ БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ ИМЕЕТ НЕДОСТАТКИ

За последние 50 лет концепция предрока шейки матки претерпела неоднократные изменения, что отразилось на тактике ведения пациентов с цервикальной интраэпителиальной патологией. Современные подходы к менеджменту таких патологий обсуждались в 2001 году на Международной онкологической конференции, где были оформлены соответствующие руководства. Хотя это руководство имеет доказательную базу, некоторые тактические решения основывались на относительно малом количестве работ или только на одобрении экспертов. Поэтому исследования и полемика в русле менеджмента цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN) продолжаются. Остается невыявленной тактика ведения пациентов с гистологически идентифицированным диагнозом CIN I. До середины 90-х годов XX века преобладала теория, что различные стадии CIN представляют собой гистологическую приемственность, имеют единую суть и соответствуют прогрессии. Однако только CIN III и некоторые CIN II являются истинными предрокковыми заболеваниями, а CIN I – это проявление

доброкачественной репродуктивной папилломо-вирусной инфекции, которая может быть супрессирована иммунитетом. В соответствии с этим изменилась лечебная тактика.

Впоследствии выявлено, что CIN I представляет собой гетерогенную группу. С одной стороны, многочисленными исследованиями продемонстрированы трудности в постановке диагноза CIN I. В результате большого сортировочного исследования только в 43% случаев первоначальный диагноз CIN I был подтвержден комиссией экспертов, а в 42% случаев был признан спорным.

Существовавшая ранее теория, что CIN I прогрессирует до CIN II, а затем и до CIN III, была заменена данными, которые показали, что у пациентов, продемонстрировавших прогрессию, в действительности имелось два одновременно существующих поражения, происходящих из различных клеток, с различной вероятностью обнаружения. С другой стороны, по данным того же сортировочного исследования, в 13% случаев диагноз в оригинале, интерпретированный как CIN I, комиссией экспертов был повышен до CIN II и CIN

III. Ввиду перечисленных фактов и отсутствия в настоящее время методов, позволяющих прогнозировать появление CIN I, менеджмент этих женщин окончательно не определен. Существует два тактических варианта – немедленное лечение и наблюдение без лечения. За последние годы в ряде стран выжидательный менеджмент стал распространенной и даже предпочтительной тактикой ведения пациентов с CIN I, при условии эффективной кольпоскопии. Предпочтение пациенткой того или иного менеджмента часто обусловлено степенью причины тревоги. Женщины старшего возраста больше беспокоятся о наличии болезни и лучше воспринимают лечение. Тогда как у молодых пациенток нередко выражена боязнь боли, осложнений, особенно угрожающих фертильности, что ведет к выбору ими выжидательной тактики.

Выжидательная тактика имеет существенные недостатки. У большинства пациенток с CIN I (по нашим данным, не менее чем у 67%) наблюдается консолидация заболевания. В связи с неоднократными повторными визитами пациенток с CIN I возрастает нагрузка на



**Г.Н. Минкина**

д.м.н., профессор МГМСУ

персонал клиники и растет стоимость. При длительной выжидательной тактике увеличивается риск пропустить CIN II и CIN III. Кроме того, безопасный выжидательный менеджмент требует, чтобы пациентка была способна наблюдать, а клиника имела систему напоминаний, иначе существует риск потери пациентки для наблюдения.

Таким образом, в нашем обществе и в наших реальных условиях продолжительное наблюдение не является оптимальным менеджментом, и для пациенток с гистологическим верифицированным диагнозом CIN I предпочтительна активная тактика.