



Актуальные возможности новых препаратов в лечении вирусных поражений половых органов

Рост числа заболеваний, спровоцированных урогенитальными инфекциями, в репродуктивно активной возрастной группе женщин обусловил поиск оптимального комплексного подхода к лечению таких состояний. Актуальность проблемы настолько высока, что компания «Гедеон Рихтер» организовала симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему». Симпозиум, проходивший под председательством профессора С.А. Левакова и профессора А.Л. Тихомирова, состоялся в рамках международной конференции «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии».



Профессор
С.А. Леваков

Собора современного взгляда на патологию шейки матки (ШМ), ассоциированную с вирусом папилломы человека (ВПЧ), начал свое выступление профессор С.А. ЛЕВАКОВ (д. м. н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России, зав. отделением гинекологии ФГУЗ КБ № 83 ФМБА РФ).

Вирусные изменения шейки матки, ассоциированные с предраковыми заболеваниями: новые возможности терапии

Считается, что это сексуально-трансмиссивная болезнь с тенденцией роста заболеваемости среди молодых женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Скрининговые программы в нашей стране выявляют только 7% рака шейки матки и 20% цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN). Нет единого клинического мнения о выборе метода деструкции и роли иммунотерапии в лечении. Развитие интраэпителиальной неоплазии может иметь различные пути (рис. 1).

Доказано, что 60–80% больных CIN нуждаются в комбинированном лечении. В морфологической структуре патологии шейки матки 71% составляют фоновые предраковые заболевания. «Это говорит о том, что на сегодняшний день у врача есть и время, и различные методы обследования и диагностики, для того чтобы

предотвратить процесс перехода предракового заболевания в злокачественную опухоль», – отметил профессор. Первое место среди скрининговых методов занимает цитологический контроль – цитологический мазок на атипию, который берется из влажной части ШМ, из цервикального канала. Однако после циркулярной биопсии ШМ диагноз меняется от 0,5 до 9% случаев. Используется также кольпоскопический метод контроля. Но между цитологическим и кольпоскопическим диагнозами могут быть различия. Это связано с рядом причин: поражения находятся вне зоны эктоцервикса, в цервикальном канале или в теле матки; видимые кольпоскопические изменения трудно интерпретировать, например, выраженная атрофия скрывает выраженную кольпоскопическую картину; биопсия выполняется, не включая

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»



все визуализированные поражения; недостаточно материала для гистологического исследования или границы резекции сильно повреждены; цитологический мазок, классифицированный как HSIL, содержит только незрелые метапластические или атрофические клетки плоского эпителия, что осложняет толкование ответа цитологии. Чувствительность цитологического метода при выявлении CIN II и CIN III составляет 67–76%. Ошибки прицельной биопсии составляют 15%. В связи с этим, по мнению докладчика, целесообразно прибегнуть к методу радиоволновой хирургии поражения внешней части ШМ, который позволяет не только поставить правильно морфологический диагноз, но и провести лечение. Его преимущество достигается за счет поверхностного распределения волн и, следовательно, минимальной травматизации тканей. Выделяют три основные формы папилломавирусной инфекции гениталий: клиническую, субклиническую и латентную. Проблема диагностики и лечения обуслов-

лена высокой контагиозностью, а также способностью ВПЧ инициировать злокачественные процессы нижних отделов половых путей. Доказано, что при раке шейки матки более чем в 90% случаев выявляют наиболее онкогенные типы ВПЧ (типы 16 и 18). К основным методам исследо-

вания, необходимым для постановки диагноза, относятся мазки на онкоцитологию с экто- и эндоцервикса, кольпоскопическое исследование, исследование урогенитальной инфекции, а также биопсия шейки матки и выскабливание цервикального канала. Принципы комплексно-

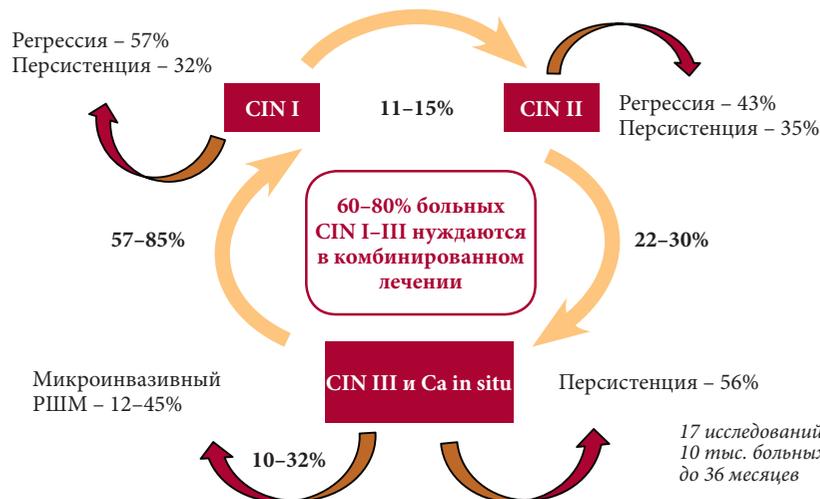


Рис. 1. Варианты развития CIN и ее исходы за 36 месяцев*

* Östör A.G. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review // Int. J. Gynecol. Pathol. Vol. 12. 1993. P. 186–192.

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»

Таблица 1. Основные инвазивные методы лечения CIN I-II

Методы лечения CIN I-II	Эпителлизация	Отрицательные стороны метода
Ножевая конизация	К 6 неделе	Кровопотеря во время операции
Электродиатермоконизация	К 5-6 неделе	Нечеткие края резекции из-за термического ожога, затруднения при гистологическом исследовании
Радиохирургическая конизация*	К 3-4 неделе	Нет
Криодеструкция	К 3-4 неделе	Нет контроля за уровнем резекции, требуется предварительная биопсия
Лазеровапоризация	К 3-4 неделе	Нет контроля за уровнем резекции, требуется предварительная биопсия

* Эффект 95%, рецидивы – от 5 до 25%, профилактика рецидивов – применение иммуномодуляторов.

го лечения клинической формы ВПЧ-инфекции заключаются, в первую очередь, в деструкции кондилом, стимуляции противовирусного иммунитета, устранении факторов риска, которые способствуют рецидивам заболевания. Именно нарушения системы местного иммунитета объясняют высокую частоту рецидивов папилломавирусных поражений ШМ после проведенного стандартного лечения.

Сегодня на фармацевтическом рынке представлено большое количество иммуномодулирующих препаратов как естественного, так и искусственного происхождения. «Идеальный» иммуномодулятор должен стимулировать выработку

эндогенных цитокинов и активацию неспецифических звеньев иммунитета. К таким препаратам относится синтетический аналог инозина – комплекс инозин пранобекс (Гроприносин). «Этот уникальный препарат обладает доказанным двойным воздействием: противовирусным, подавляя репликацию ДНК и РНК вирусов, и иммуномодулирующим, восстанавливая сниженный клеточный иммунитет до нормального уровня, усиливая продукцию интерферонов», – уточнил профессор С.А. Леваков. Доказана высокая эффективность препарата в отношении всех форм и типов папилломавирусной инфекции (в том числе высокого онкоген-

ного свойства). Он способствует элиминации ВПЧ, снижает частоту рецидивов и способен восстанавливать иммунитет. Включение инозина пранобекса в комбинированную терапию существенно увеличило эффективность лечения – с 41% до 94%.

Докладчик представил схемы терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний: при остроконечных кондиломах назначают 2 таблетки Гроприносина 3 раза в сутки по 5-10 дней в месяц тремя курсами; при дисплазии шейки матки (CIN I и II) назначают 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 10 дней тремя курсами; при субклинической форме ВПЧ – 2 таблетки 3 раза в сутки – от 10 до 21 дня одним курсом (рис. 2).

Предраковые заболевания шейки матки и РШМ лечатся амбулаторно и стационарно. Амбулаторный метод включает в себя процедуру радиоволновой хирургической петлевой эксцизии, которая должна выполняться всем пациенткам с ненормальной кольпоскопической картиной, криотерапию, лазеровапоризацию. Стационарный метод, как более радикальный, включает в себя конизацию ШМ, ампутацию ШМ, гистерэктомию. По словам профессора, каждый из инвазивных методов имеет свои плюсы и минусы, осложнения отсутствуют только после проведения метода радиохирургической конизации (табл. 1).

Дисплазия шейки матки (CIN I-II)

2 таблетки 3 раза в сутки – 10 дней в месяц тремя курсами

Субклиническая форма ВПЧ

2 таблетки 3 раза в сутки – от 10 до 21 дня одним курсом



Остроконечные кондиломы

2 таблетки 3 раза в сутки – 5-10 дней в месяц тремя курсами

Рис. 2. Схемы терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»

Современная тактика ведения пациентов с CIN I и CIN II предполагает проведение противовоспалительного лечения и иммунотерапии. Циркуляционная биопсия с помощью радиохирургического метода производится при персистенции ВПЧ онкогенных типов и наличии атипичной кольпоскопи-

ческой картины. Пациентам с CIN II–III, а также при раке нулевой стадии первоначально проводят иммуномодуляционную терапию с санацией влагалища, затем – конизацию ШМ или ампутацию влагалищной части шейки матки с последующим курсом иммунотерапии для профилактики рецидива заболевания.

«Лечение должно быть комплексным и индивидуальным, – подытожил свое выступление профессор С.А. Леваков. – Оно должно включать иммунокоррекцию, терапию сопутствующих воспалительных процессов, радио- и лазерную деструкцию, профилактику рецидивов и реинфекции».

Кандидозный вульвовагинит: грани проблемы, современная терапия

Кандидозный вульвовагинит (КВВ) занимает второе место среди всех вагинальных инфекций и является самой распространенной причиной обращения женщин к гинекологу и венерологу. Об этапах развития инфекции, методах диагностики и современной терапии рассказал в своем выступлении профессор А.Л. ТИХОМИРОВ (д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ). Кандидозный вульвовагинит – это инфекционное поражение нижнего отдела гениталий, вызванное дрожжеподобными грибами *Candida*. Грибы рода *Candida* являются условно-патогенными аэробными микроорганизмами, лишенными половой стадии жизненного цикла, которые растут преимущественно в дрожжевой фазе. В мицелиальной или тканевой стадии развития *Candida* имеют гипоподобную форму, в дрожжевой стадии – округлую, эллипсоидную, овальную или цилиндрическую форму. Истинного мицелия не образуют. За счет соприкосновения удлиненных клеток формируют псевдомицелий и митоспоры. «Очень важно, что клеточная стенка blastospores активно участвует в клеточном метаболизме, содержит полисахариды и обладает антигенными свойствами, а маннанопротеины клеточной стенки грибов играют основную роль в процессах колонизации адгезии и инва-

зии. Клеточная стенка и плотная микрокапсула могут защищать от воздействия лекарственных веществ, что также может стать причиной недостаточной эффективности проводимой терапии», – отметил профессор А.Л. Тихомиров. В слабокислой среде влагалища при нормальной температуре тела человека грибы рода *Candida* получают наиболее благоприятные условия для роста и размножения. В настоящее время описано около 200 биологических видов дрожжеподобных грибов. Самыми частыми возбудителями вульвовагинального кандидоза являются *C. albicans*. Но в последнее время значительные позиции стали занимать *Candida non-albicans* виды, которые ассоциируются с хроническим рецидивирующим КВВ.

В развитии кандидозной инфекции различают следующие этапы: адгезия грибов к поверхности слизистой оболочки; колонизация грибами слизистой оболочки; инвазия в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов; возможно и проникновение в сосуды и гематогенная диссеминация с поражением различных органов и систем. В этой схеме отражены все этапы развития тяжелого кандидоза, однако в более легких случаях инфекция может

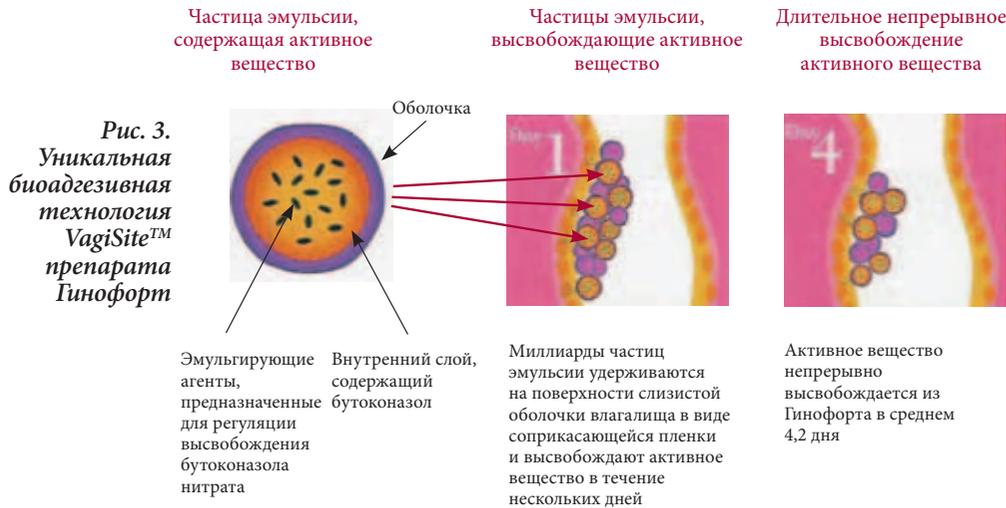
стабилизироваться на одном из этапов. При кандидозном вульвовагините инфекционный процесс затрагивает чаще только поверхностные слои эпителия влагалища.



Профессор
А.Л. Тихомиров

На поверхности слизистой оболочки грибы рода *Candida* вступают во взаимодействие с различными представителями микрофлоры. Процесс инвазии осуществляется благодаря сочетанному действию механических и ферментных факторов и сопровождается трансформацией гриба. К факторам агрессии, способствующим проникновению возбудителя в ткань, можно отнести большой набор ферментов (протеолитические, липолитические, карбогидразы), которые продуцирует *Candida*. В диагностических исследованиях обнаружение инвазии грибов в морфологическом материале служит единственным неоспоримым критерием микотического процес-

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»



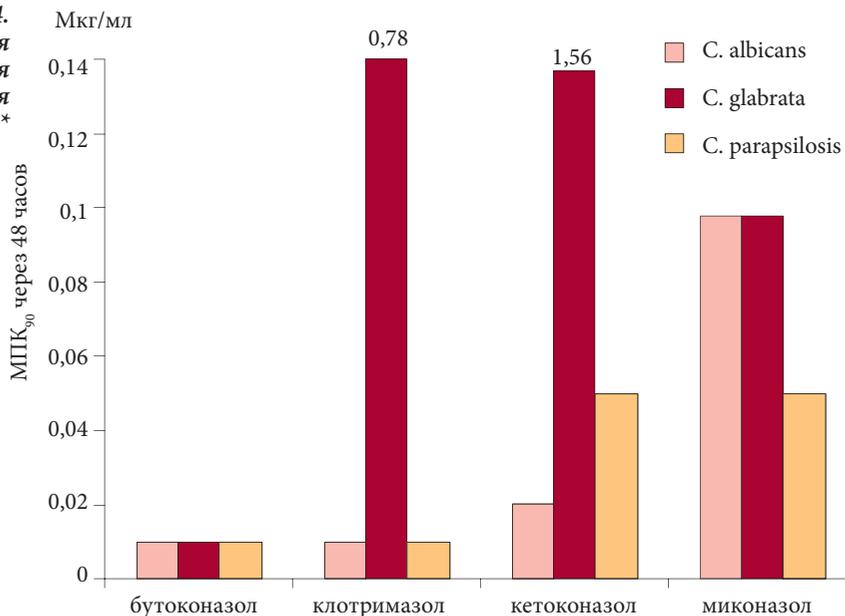
са, отличающим его от носительства, для которого характерно нахождение грибов на поверхности эпителия. У женщин, страдающих КВВ, в образцах, полученных из влагалища, содержится большое количество иммуносупрессивного микотоксина – глиотоксина. У здоровых женщин глиотоксин не обнаруживается. Отмечаются следующие факторы риска развития КВВ: физиологические (беременность), механические (внутриматочная спираль, первый половой контакт, тесная синтети-

ческая одежда), химические (спермициды, частые спринцевания), эндокринные (сахарный диабет, патология щитовидной железы), ятрогенные (антибиотики, кортикостероиды, иммуносупрессоры, высокодозированные оральные контрацептивы) и иммунодефицит. Согласно официальным статистическим данным, 75% женщин детородного возраста имели один эпизод КВВ, 50% – повторный эпизод, у 40% беременных отмечался КВВ, 5% женщин страдают хроническим рецидивирующим кандидозом.

Данные интернет-опроса 2108 респондентов (женщин, больных кандидозом) показали, что 36,2% из них имели продолжительность КВВ менее 1 года, а 44,2% – от года до 5 лет.

Различают три клинические формы генитального кандидоза: кандидоносительство, острый генитальный кандидоз и хронический генитальный кандидоз. Ведущая роль в диагностике кандидозного вульвовагинита принадлежит микробиологическим методам исследования. Микроскопия является одним из наиболее доступных и простых методов выявления гриба, его мицелия, количество лейкоцитов, спор. Исследование проводят в нативных и окрашенных по Граму препаратах. Культуральное исследование позволяет определить родовую принадлежность грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам. Для получения более достоверных данных наиболее целесообразно проведение микроскопии мазков вагинального отделяемого в комплексе с культуральным методом исследования. В настоящее время проводится разработка методов полимеразной цепной реакции с праймерами, специфичными для определенных видов. «Если ранее выделение грибов в диагностической концентрации при отсутствии симптомов воспалительного процесса патологией не считалось, то в настоящее время ряд авторов, а их немало, считают рациональным рассматривать *Candida* как патогенную микрофлору, даже при отсутствии клинических проявлений местного воспаления. Кандидоносители служат причиной инфицирования партнеров, а также новорожденных при родоразрешении», – пояснил докладчик. Обнаружение инвазии в морфологическом материале служит единственным неоспоримым критерием микотического процесса, отличающим его от носительства, для которого характерно нахождение грибов в качестве сапрофитов на поверхности эпителия.

Рис. 4. Минимальная подавляющая концентрация имидазолов*



* Lynch M.E., Sobel J.D. Comparative in vitro activity of antimycotic agents against pathogenic vaginal yeast isolates // J. Med. Vet. Mycol. 1994. Vol. 32. P. 267–274.

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»

Арсенал противогрибковых средств терапии кандидозного вульвовагинита разнообразен. Лечение КВВ направлено на эрадикацию возбудителя. Многокомпонентные препараты для локального (интравагинального) введения всегда оставались популярны и у врачей, и у пациентов благодаря своей высокой комплаентности, относительно небольшой стоимости курса лечения в сочетании с достаточной клинической и микробиологической эффективностью. К тому же действие системных препаратов проявляется медленнее, чем местных, – дискомфорт исчезает, как правило, через 2–3 дня, тогда как при использовании местных препаратов дискомфорт пропадает уже в первые сутки и даже часы лечения. Однако у ряда препаратов локального введения есть

определенные недостатки, например, многократное введение при неосложненном вагинальном кандидозе, некоторые неудобства из-за вытекания. Препарат Гинофорт во многом лишен этих недостатков: уникальная запатентованная биоадгезивная технология (эмульсия типа «вода в масле»), используемая в Гинофорте, позволяет действующему веществу бутконазолу длительно удерживаться на влажной слизистой влагалища, медленно высвобождаясь (рис. 3). Гинофорт не вытекает, не пачкает белье. Применение уникальной технологии позволяет выделяться бутконазолу в среднем в течение 4,2 дня при однократном введении. Препарат оказывает значительно больший терапевтический эффект при лечении кандидозного вульвовагинита, по сравнению с другими препаратами имидазо-

лового ряда (рис. 4). У него самые низкие подавляющие концентрации в отношении трех видов грибов: *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*.

Завершая доклад, профессор А.Л. Тихомиров представил следующую схему лечения острого и рецидивирующего КВВ с использованием препарата Гинофорт: «При остром кандидозе назначается препарат Гинофорт однократно. При рецидивирующем – Микосист 150 мг двукратно плюс Гинофорт однократно. В качестве поддерживающей терапии назначают Гинофорт однократно после мenses в течение 3–6 месяцев». По словам профессора, эффективность лечения с использованием данного метода терапии при остром кандидозном вульвовагините достигает 95%, а при рецидивирующем – 89%.

Папилломавирусная инфекция: как выбрать тактику ведения инфицированных женщин

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является доказанной причиной предрака и рака шейки матки. Открытие причинно-следственной связи между ВПЧ и раком шейки матки (РШМ), а также разработка вакцин для предупреждения этой патологии является одним из выдающихся достижений современности, о чем свидетельствует вручение в 2008 г. Нобелевской премии немецкому вирусологу Харальду цур Хаузену (Harald zur Hausen) за его заслуги в этой области.

В докладе М.Ю. ЕЛИСЕЕВОЙ и профессора О.А. МЫНБАЕВА были представлены последние данные ВОЗ о том, что ежегодно в мире выявляют около 1 млн случаев рака шейки матки, а умирают от этой патологии до 290 тыс. женщин в год. Более 75% женщин в течение активной половой жизни инфицируются вирусом папилломы человека. При этом

М.Ю. Елисеева (доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГУО ДПО ИПК ФМБА России, к. м. н., заслуженный врач, член American Society for Reproductive Medicine, European Society of Contraception and Reproductive Health, European Society of Gynecology, International Society for Fertility Preservation, International Papillomavirus Society) акцентировала внимание слушателей на механизмах инфицирования и размножения ВПЧ в эпителиальных клетках человека, на принципах диагностики и иммунотерапии ВПЧ-инфекции. Врачи должны помнить, что инфицирование ВПЧ происходит через микротрещины и стык многослойного и цилиндрического эпителия, поскольку это важно для своевременного выявления как ВПЧ-инфекции, так и неоплазии в ранних стадиях ее развития. Далее вирионы ВПЧ поражают пролиферирующиеся клетки ба-



Доцент
М.Ю. Елисеева

зального слоя, которые продолжают делиться на поверхностных слоях эпителия. ВПЧ имеет четко отработанные механизмы, которые позволяют скрыть антигены вирусов от иммунокомпетентных клеток организма, предназначенных для обнаружения чужеродных частиц. Протеины ВПЧ аккумулируются внутри инфицированных

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»



Рис. 5. Структурно-функциональные особенности инозина пранобекса (Гроприносина)

клеток до тех пор, пока эти клетки не достигают поверхностного слоя эпителия. Этим объясняется невозможность обнаружения ВПЧ иммунной системой организма. Состоятельность иммунной системы играет важную роль в контроле над персистенцией вируса. При повышении концентрации ранних протеинов происходит стимуляция клеточного звена иммунной системы с участием дендрических клеток, которые обнаруживают вирусные антигены и ликвидируют очаг инфекции. В свою очередь, ВПЧ подавляет интерфероновое звено иммунной системы посредством воздействия на интерферон-регулирующий фактор и другие факторы иммунной системы. Определяющим моментом в онкогенной направленности генотипов ВПЧ является доминирование экспрессии онкопротеинов (Е6–Е7). У лиц, зараженных ВПЧ с низким риском, происходит преимущественно экспрессия протеинов репликации (Е1–Е5), что

вызывает амплификацию генома и, соответственно, выработку, а затем выброс вирионов и формирование доброкачественных папиллом. Ген Е2, подавляя транскрипционные факторы Е6–Е7 в геноме ВПЧ, снижает экспрессию онкопротеинов (Е6–Е7) и поддерживает продуктивную фазу ВПЧ-инфекции. В большинстве случаев инфицированные не наблюдают никаких симптомов заболевания и избавляются от возбудителей ВПЧ спонтанно. Следовательно, только у небольшого контингента инфицированных происходит манифестация клинических симптомов. Генитальные кондиломы могут быть вызваны генотипами ВПЧ как низкого, так и высокого рисков. При клинической манифестации ВПЧ проявляется в виде аногенитальных папиллом или кондилом, предраковой неоплазии (СIN, VIN или VAIN), РШМ или рака органов аногенитальной области, головы и шеи. По данным интернационального агентства по

изучению рака ВОЗ, существует так называемый Life-Time Risk, или пожизненные факторы риска ВПЧ, а это значит: развитие интраэпителиальной неоплазии шейки матки происходит у каждой из шести женщин; проявление генитальных папиллом – у каждой из восьми; прогрессирование CIN II и III степени – у каждой из двадцати пяти женщин. При наличии генитальных папиллом или кондилом предварительный диагноз устанавливается во время рутинного осмотра. Применение увеличительных приборов в комбинации с красителями плоского эпителия улучшает видимость мелких папиллом. При аппликации 3–5% уксусной кислоты измененный участок многослойного плоского эпителия приобретает серебристо-белесоватый цвет, что дает возможность определить неровные рваные границы плоских кондилом/папиллом. Метод диагностики патологии шейки матки и наружных половых органов с помощью уксусной кислоты был разработан в 1981 г. и рекомендован как скрининговый метод для бедных стран.

Для диагностики ВПЧ применяют ПЦР и ДНК-типирование с помощью специальных тест-систем, а также метод гибридного захвата (Hybrid capture) Digene-тест, который считается золотым стандартом диагностики ВПЧ.

Большую роль в диагностике ВПЧ и в снижении риска развития РШМ играет скрининг женщин с помощью онкоцитологии (Pap-тест). «Согласно Life-Time Risk, без проведения Pap-теста ежегодно в 90 из 100 тысяч случаев фиксируется рак шейки матки, а с помощью данного скринингового метода риск развития рака шейки матки значительно снижается и фиксируется только в 7 случаях из 100 тысяч», – уточнила М.Ю. Елисеева. В США ежегодно выполняется порядка 55 млн Pap-тестов, стоимость программы исчисляется несколькими миллиардами долларов. Данный

Симпозиум «Урогенитальные инфекции: современный взгляд на проблему»

скрининг на 75% снизил частоту развития РШМ. Существуют различные усовершенствованные модификации Pap-теста, например жидкостная или тонкослойная цитология. В скрининговых программах существуют определенные критерии обследования женщин в зависимости от результатов лабораторных анализов на ВПЧ и цитологических мазков на атипию. В 2009 г. американским колледжем акушеров-гинекологов было принято решение о проведении Pap-теста каждые два года женщинам в возрасте от 21 года до 29 лет и каждые три года – тем, кому за тридцать, если предыдущий трехкратный результат был в норме. Поскольку отсутствует метод элиминации ВПЧ, лечение направлено на устранение клинических признаков, таких, как генитальные кондиломы или патология шейки матки при наличии атипичных клеток в мазках или биоптатах. Следовательно, все лечебные процедуры направлены на удаление доброкачественных и предраковых новообразований, инициированных ВПЧ. Традиционные методы лечения генитальных кондилом и цервикальных интраэпителиальных патологий включают крио-, электро- и лазерную хирургию, а также обработку цитотоксическими химическими веществами. Однако метаанализ 3690 историй болезни из 15 лите-

ратурных источников определил не столь уж значительную эффективность традиционных методов лечения, которая составила 54,2%. Как известно, естественный и адаптивный иммунитет, осуществляемый с помощью клеток, важен для элиминации ВПЧ-инфекции из организма. Исходя из того, что инозин усиливает митогенный ответ лимфоцитов, начали применять препараты инозина, чтобы стимулировать иммунную защиту на клеточном уровне. Инозин является жизненно важным энергетическим компонентом клетки, он подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов посредством связывания с рибосомой клетки и изменения ее стереохимического строения, модулирует клеточный иммунитет, усиливает секрецию интерферонов. Вспомогательный компонент в составе инозина пранобекса (ИП) усиливает иммуногенный эффект инозина, таким образом превращая данную субстанцию в одно из востребованных терапевтических средств во многих областях медицины с иммуномодулирующим эффектом (рис. 5).

Данные метаанализа 6384 случаев применения инозина пранобекса при генитальных кондиломах и ВПЧ-ассоциированных поражениях показали, что дополнение к традиционной терапии ИП повышало эффективность лечения до 80–90%. При этом ИП был эффек-

тивен при длительно персистирующих генитальных кондиломах. Ряд авторов и в англоязычной, и в русскоязычной литературе подтвердили высокую эффективность комбинированного лечения различных заболеваний шейки матки на фоне ВПЧ традиционными методами и ИП. «По данным Ньюпорт Фармасьютикал, Лтд., в 2005 г. около 1 млрд 250 млн таблеток ИП были назначены более 500 тыс. пациентам ежедневно по 3 г в течение 30 дней. Всего было зарегистрировано 1500 случаев развития побочных эффектов в виде кратковременного повышения концентрации мочевой кислоты в плазме и моче», – констатировала М.Ю. Елисеева. В завершение выступления докладчик сформулировала следующий вывод: учитывая, что ВПЧ блокирует иммунную защиту организма путем ингибирования активности антиген-презентирующих клеток и подавления интерферонового звена иммунной системы, а дополнительное применение ИП способствует повышению эффективности традиционных методов лечения генитальных кондилом, представляется целесообразным использование препаратов, модулирующих иммунную защиту организма, при наличии клинической манифестации ВПЧ, в частности, Гроприносина – лекарственного аналога инозина.

Дискуссия

Доклады сопровождались многочисленными вопросами слушателей как по теме профилактики, диагностики и лечения генитальных инфекций, так и по актуальным проблемам практического здравоохранения. В обсуждении приняли участие известные ученые и клиницисты М.Ю. Елисеева, А.Л. Тихомиров, С.А. Леваков, О.А. Мынбаев.

В частности, по мнению Оспана Абдрахмановича МЫНБАЕВА, профессора кафедры акушерства и гинекологии ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России, ведущего научного сотрудника МГМСУ, являвшегося редактором англоязычного журнала акушерства и гинекологии, издаваемого в США (an Associate Editor of the open journal of Obstetrics & Gynecology), про-

блемы индивидов с ВПЧ, независимо от локализации инфекции, связаны с возможностью развития неопластических процессов, а цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) является самой актуальной из всех патологий, вызываемых ВПЧ-инфекцией.

В настоящее время существует множество инструментальных и клинико-лабораторных методов ранней диагностики и своевременного устранения CIN I, II и III степени с целью профилактики рака шейки матки (РШМ). Од-

гинекология



КОМФОРТ ОДНОЙ ДОЗЫ



ГИНОФОРТ®

- Содержит Бутконазол
- Произведен по технологии VagiSite™
- Имеет уникальный метод введения



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва
119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8,
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949
e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Рег. уд. П № 015895/01 от 30.06.2010