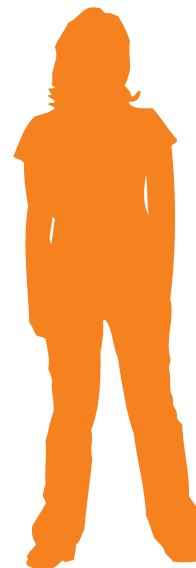


Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ФГУ «УРАЛЬСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ИММУНОПАТОЛОГИИ»



**ЛЕЧЕНИЕ МАНИФЕСТНЫХ
ФОРМ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВОЙ
СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН**

Медицинская технология

УДК 618.2
ББК 57.16
Л53

Заявитель: Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий».

Разработчик: Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий».

Авторы: докт. мед. наук, проф. Кунгуров Н.В., канд. мед. наук Кузнецова Ю.Н., докт. мед. наук Зильберберг Н.В., докт. мед. наук Евстигнеева Н.П.

Рецензенты:

Клеменова И.А., докт. мед. наук, проф., заместитель директора по науке ФГУ «НИИК-ВИ Росздрави»;

Матушевская Е.В., докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии ФГОУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства».

ISBN 978-5-91785-008-5

Технология определяет клинические показания и последовательность назначения деструктивных методов воздействия (электрокоагуляция, аргоноплазменная абляция), иммуномодулирующей и противовирусной терапии у пациенток с манифестными проявлениями папилломавирусной инфекции мочеполовой системы и аногенитальной области. Предлагаемый алгоритм учитывает клинические симптомы и особенности течения папилломавирусной инфекции. Технология позволяет оптимизировать лечение пациентов, обеспечивает полный регресс высыпаний, элиминацию вируса папилломы человека высокого онкогенного риска и сокращение сроков лечения, а также предотвращает рецидивы.

Технология предназначена для врачей-дерматовенерологов и акушеров-гинекологов специализированных лечебно-профилактических учреждений.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПВИ — папилломавирусная инфекция
ВПЧ — вирус папилломы человека
ИППП — инфекции, передаваемые половым путём

ISBN 978-5-91785-008-5

© Медиабюро StatusPraesens, дизайн и вёрстка, 2011

ВВЕДЕНИЕ

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) мочеполовой системы относится к инфекциям, передаваемым половым путём, в связи с чем одинаково часто встречается у мужчин и женщин, представителей различных рас и социальных слоёв³. Наиболее распространённый симптом ПВИ — аногенитальные бородавки (код по МКБ-10 А.63).

Аногенитальные бородавки — экзофитные разрастания на внутренних и наружных половых органах, промежности, в перианальной области. Заболеваемость остроконечными кондиломами в Российской Федерации за 2008 г. составила 34,3 на 100 000 населения¹.

Урогенитальные кондиломы высоко контагиозны, вирус легко передаётся половым путём. Такие образования зачастую сопровождаются воспалением, образованием зудящих и кровоточащих трещин, неудобством и дискомфортом при половых контактах и даже диспареунией. У пациентов с видимыми кондиломами одновременно могут выявляться типы вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска (16-й и 18-й типы)^{3,4}. Именно высокоонкогенные типы ВПЧ обычно вызывают субклинические поражения, ассоциированные с интраэпителиальной неоплазией и раком половых органов⁹.

Кондиломы чаще всего локализуются в областях, травмируемых во время полового акта. Образования могут быть как единичными, так и множественными (особенно на фоне иммуносупрессии и сахарного диабета).

В соответствии с клиническими рекомендациями («Дерматовенерология» под ред. А.А. Кубановой (2007)² и Европейским руководством по лечению ИППП⁷) терапия остроконечных кондилом должна включать следующие элементы:

- деструкцию патологических образований;
- профилактику осложнений;
- сокращение числа рецидивов;
- улучшение качества жизни пациентов.

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения аногенитальных бородавок, особенно при обширных высыпаниях и рецидивирующем течении заболевания, признана комбинированная терапия. Она предусматривает различные физические, химические или медикаментозные воздействия, в том числе местное лечение и применение различных системных неспецифических противовирусных и иммуномодулирующих препаратов.

Наиболее распространённый способ удаления аногенитальных кондилом в настоящее время — деструкция очага (криотерапия, электрокоагуляция, лазе-

ровапоризация и др.)^{6,9}. Между тем деструкция поражений, согласно рекомендациям ВОЗ, может быть проведена только после адекватной предварительной диагностики и при наличии соответствующих показаний. Решение о деструкции очага поражения должен принимать опытный врач, способный оценить соотношение пользы и риска в соответствии с клинической ситуацией.

Кроме деструктивных методов лечения следует применять также противовирусные препараты, стимуляторы неспецифической сопротивляемости организма. В связи с этим в ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» разработана технология комплексного лечения аногенитальных бородавок, включающая как деструктивные воздействия (метод аргоноплазменной абляции) в различных режимах, так и системную противовирусную и иммуномодулирующую терапию. Схема лечения должна учитывать клиническую форму и особенности течения заболевания.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Манифестные проявления ПВИ (остроконечные кондиломы) мочеполовой системы и аногенитальной области (код по МКБ-10 А.63).

Деструктивные методики (аргоноплазменная абляция в различных режимах) можно применять только в помещении, специально оборудованном для работы с электрохирургическими приборами. Операцию проводит специально подготовленный медицинский персонал.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

- Воспалительные заболевания шейки матки и влагалища, внутренних половых органов.
- Маточные кровотечения неуточнённой этиологии.
- Индивидуальная непереносимость компонентов используемых препаратов (МНН картофеля побегов экстракт).
- Аллергические реакции на глюкозу, маннозу, рамнозу, арабинозу или ксилузу.
- Тяжёлые заболевания печени, почек и селезёнки.
- Беременность и период лактации.
- Детский возраст.
- Наличие искусственных водителей ритма.
- Наличие металлических имплантантов.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

- Аппарат электрохирургический высокочастотный с аргоноусиленной коагуляцией «ЭХВЧа-140-02-ФОТЕК» (Россия); регистрационное удостоверение №ФС 02262005/1997-05 от 21.07.2005.
- «Октенисепт» (Германия); регистрационное удостоверение №ПН013953/01-2002 от 30.06.2009.
- Лидокаин, 10% дозированный спрей для местного применения; регистрационное удостоверение №Р N002739/01 от 26.11.2007; Россия.
- Лидокаин, 2% раствор для инъекций; регистрационное удостоверение №ПН014235/01 от 12.05.2008; Венгрия.
- МНН картофеля побегов экстракт, раствор 0,004% для внутривенного введения в ампулах по 5 мл; регистрационное удостоверение №Р N000299/02 от 14.08.2008; Россия.
- МНН картофеля побегов экстракт, суппозитории ректальные по 200 мкг; регистрационное удостоверение №ЛС-001696 от 29.07.2008; Россия.
- Набор реагентов для обнаружения ДНК ВПЧ типов 16 и 18 в биологических пробах методом полимеразной цепной реакции «ВИАПОЛ» 16/18 (Россия); регистрационное удостоверение №ФСР 2007/00669 от 17.08.2007.
- Криодеструктор «Крио-Иней» (Россия); регистрационное удостоверение №ФСР 2009/04738 от 22.04.2009.

ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Первый этап — оценка локализации и площади поражения ПВИ. Перед назначением лечения все пациентки проходят клиничко-лабораторное обследование, включающее следующие пункты:

- общий осмотр и гинекологическое исследование;
- диагностическая проба с 3% уксусной кислотой;
- кольпоскопия;
- бактериоскопическое и бактериологическое исследование микрофлоры половых путей;
- обследование на сифилис и другие инфекции, передаваемые половым путём, в том числе ВПЧ высокого онкогенного риска 16-го и 18-го типов;
- при необходимости — консультация у смежных специалистов (уролог, гинеколог);
- клинический анализ крови и мочи.

Перед началом лечения остроконечных кондилом проводят санацию обнаруженных воспалительных и инфекционных заболеваний мочеполовой системы.

После исключения возможных противопоказаний к лечению с пациенткой проводят беседу. Женщине подробно рассказывают о причинах возникновения заболевания, методах лечения, их преимуществах и недостатках, возможных побочных эффектах и осложнениях, необходимости ограничения сексуальной жизни. Пациентке предлагают подписать информированное согласие на проведение процедуры. Необходимо обследование всех половых партнёров, с которыми у пациентки были контакты за последние 6 мес.

В составе препарата на основе экстракта побегов картофеля преобладает высокомолекулярный полисахарид, повышающий неспецифическую резистентность организма к инфекциям и способствующий индукции интерферона, благодаря чему лекарственные препараты на основе этого вещества обладают противовирусным эффектом.

Выбор метода деструкции, режима местного воздействия и схемы назначения системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии зависит от клинических проявлений ПВИ (единичные или множественные высыпания, плоские папулы или элементы на ножке), локализации высыпаний (половые губы, область промежности, преддверие или стенки влагалища, перианальная область, слизистая оболочка шейки матки), площади поражения, а также от наличия ВПЧ высокого онкогенного риска. При впервые выявленном заболевании и единичных мелких высыпаниях показан один из деструктивных методов лечения: криодеструкция, фармдеструкция или электрокоагуляция (см. Приложение).

В практической работе оптимально использовать аппаратуру, одновременно обеспечивающую эффективную биопсию, эксцизию и абляцию. Этим требованиям отвечает аппарат «ФОТЕК EA141», совмещающий методы широкополосного радиоволнового иссечения и аргоноплазменной абляции.

Достоинства метода широкополосного радиоволнового иссечения:

- возможность получить качественный материал для гистологического исследования;
- коагуляция мелких сосудов одновременно с рассечением («бескровный» метод);
- быстрота проведения манипуляций;
- минимальная выраженность отёка, инфильтрации и болезненности;
- быстрое заживление без грубого рубцевания;
- дезинфицирующий эффект нагрева тканей переменным электрическим током радиоволновой частоты;

- возможность лечения различных патологических образований не только области вульвы, во влагалище и в перианальной области (папилломы, кондиломы), но и в шейке матки⁵.

Аргоноплазменная абляция — метод монополярной высокочастотной коагуляции, когда энергия электромагнитного поля высокой частоты передаётся на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного газа аргона.

Достоинства способа:

- нет непосредственного контакта электрода с тканью, что исключает налипание ткани на электрод и микробную контаминацию последнего;
- возможность контролировать глубину коагуляции.

При использовании аргоноплазменной абляции для лечения патологических процессов на шейке матки заживление происходит быстро, не образуется грубых рубцов, что позволяет применять этот метод у нерожавших женщин. Аргоноплазменная абляция обеспечивает быстрый и надёжный гемостаз при капиллярных кровотечениях различного характера и генеза.

РЕЖИМЫ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛЯЦИИ

- «Фульгур» — форсированная глубокая аргоноплазменная абляция. Глубина термической деструкции ткани при работе в этом режиме быстро достигает 3 мм и в дальнейшем не зависит от времени воздействия.
- «Спрей» — мягкая плавная аргоноплазменная абляция. Глубина термической деструкции ткани при работе в этом режиме составляет в среднем 0,5 мм, а при увеличении времени воздействия глубина абляции плавно достигает 3 мм.

При множественных высыпаниях, значительной площади поражения, наличии патологических элементов на шейке матки и/или стенках и сводах влагалища используют как радиоволновое иссечение, так и аргоноплазменную абляцию в различных режимах. Перед широкополосным радиоволновым иссечением и аргоноплазменной абляцией поверхность обрабатывают антисептиком «Октенисепт», выполняют местную инфильтрационную анестезию 2% раствором или 10% спреем лидокаина местно.

При обнаружении ВПЧ высокого онкогенного риска и/или рецидиве заболевания пациенткам параллельно с деструктивными методами воздействия показана противовирусная и иммуномодулирующая терапия. С этой целью назначают картофель побегов экстракт внутривенно по 5 мл 0,004% раствора. Три инъекции выполняют с интервалом 48 ч, две последующие — с интервалом 72 ч, всего курс включает пять инъекций. Альтернативная схема: суппозитории ректальные с 200 мкг экстракта побегов картофеля. Назначают

по 1 суппозиторию 3 раза в течение первой недели лечения с интервалом 48 ч и 2 раза в течение второй недели с интервалом 72 ч. Если патологические образования имеют ножку, осуществляют монополярное радиоволновое резание с одновременной коагуляцией и вапоризацию в «сухой» среде. В случае плоских элементов на широком основании назначают форсированную глубокую или мягкую плавную аргоноплазменную абляцию.

Клинико-лабораторный контроль эффективности проводят сразу после окончания лечения, затем через 3 и 6 мес. Контроль включает обследование на ВПЧ высокого онкогенного риска (если ранее вирус не был обнаружен).

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При правильном использовании медицинской технологии осложнений не возникает.

При формировании гипертрофических рубцов пациенткам, склонным к избыточному рубцеванию, показана местная рассасывающая терапия.

При кровотечении во время деструкции обширных высыпаний проводят повторную коагуляцию или используют гемостатическую губку.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Медицинская технология разработана на основании комплексного клинико-лабораторного обследования и лечения 144 пациенток в возрасте 18–44 лет (средний возраст $27,1 \pm 5,6$) с остроконечными кондиломами мочеполовой системы и аногенитальной области. На аногенитальные бородавки в анамнезе указала 21 женщина (14,6%); ранее им проводилась криодеструкция.

У 32 пациенток (22,2%) были выявлены онкогенные типы ВПЧ (16-й и 18-й), в том числе у восьми женщин (22,2%) I группы (о распределении по группам см. ниже), у 10 женщин (26,3%) II группы, у шести пациенток (19,4%) III группы и у восьми пациенток (20,5%) IV группы. 109 пациенток (75,7%) в прошлом перенесли инфекции половых путей; по этому поводу санация была произведена заблаговременно, до начала комбинированной терапии.

Локализация высыпаний: у 111 пациенток (77,1%) — на половых губах, у 91 (63,2%) — в преддверии влагалища, у 82 (56,3%) — в перианальной области, у восьми (5,6%) — на слизистой оболочке шейки матки, у 12 (8,3%) — на стенках влагалища. Площадь поражения от 1 до 5 см² была у 21 пациентки (14,6%), от 5 до 10 см² — у 113 (78,5%) и более 10 см² — у 10 (6,9%) пациен-

ток. Высыпания в виде отдельных папул выявляли у всех женщин, а в виде «цветной капусты» — у 119 (82,6%). Кроме того, у 18 пациенток (12,5%) в области поражения имелись трещины и кровоточивость.

Все пациентки были распределены по четырём группам в соответствии с тактикой назначения деструктивной, а также иммуномодулирующей и противовирусной терапии.

- I группа — 36 женщин 18–44 лет. Из них 16 пациенток (44,4%) имели единичные высыпания в области наружных половых органов, ещё 20 (55,6%) — обширные разрастания по типу «цветной капусты». Было проведено комплексное лечение аногенитальных бородавок путём деструкции разрастаний факелом аргоновой плазмы, иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны аппаратом «ФОТЕК ЕА141» и назначением системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии экстрактом побегов картофеля.
- II группа — 38 женщин 18–44 лет. Из них 21 пациентка (55,3%) была с отдельными папулёзными элементами на коже наружных половых органов и 17 женщин (44,7%) — со множественными высыпаниями. Было проведено комплексное лечение кондиломатоза вульвы и/или влагалища путём деструкции разрастаний жидким азотом и назначения системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии экстрактом побегов картофеля.
- III группа — 31 женщина 18–44 лет, среди которых 20 пациенток (51,3%) было с единичными высыпаниями и 19 (48,7%) — со множественными патологическими образованиями. Было проведено лечение кондиломатоза вульвы и/или влагалища путём деструкции разрастаний факелом аргоновой плазмы и иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны аппаратом «ФОТЕК ЕА141».
- IV группа — 39 женщин 18–44 лет, среди которых 21 пациентка (53,8%) была с отдельными остроконечными кондиломами на наружных половых органах и 18 (46,2%) — со множественными высыпаниями. Было проведено лечение кондиломатоза вульвы и/или влагалища методом криодеструкции.

Эффективность лечения оценивали по регрессу клинических проявлений (деструкции высыпаний и срокам полной эпителизации), количеству необходимых деструктивных процедур, характеру и степени выраженности побочных явлений, влиянию на общеклинические параметры (клинический анализ крови и мочи до начала и после завершения терапии), элиминации ВПЧ I6-го и I8-го типов со слизистой оболочки цервикального канала, возникновению рецидивов, продолжительности межрецидивного периода.

Таблица 1. Распределение пациенток в зависимости от используемых режимов при деструкции разрастаний аппаратом «ФОТЕК-ЕА141»

Режим*	I группа, n=36		III группа, n=31		Всего I+III группа, n=67	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Спрей	33	91,7	28	90,3	61	91,0
Смесь	21	58,3	17	54,8	38	56,7
Коагуляция	2	5,6	1	3,2	3	4,5

Примечание: * — поливариантный признак.

Разнообразие разрастаний от единичных папул до конгломератов в виде «цветной капусты» потребовало разнообразия в способах воздействия, особенно при лечении пациенток I и III групп (табл. 1). У 61 пациентки (91%) был использован режим «спрей», у трёх пациенток (4,5%) для остановки кровотечения после отсечения массивных разрастаний был использован режим «коагуляция» с помощью электрода-шарика диаметром 1–2 мм. Режим «смесь» с использованием петлевых электродов применяли для иссечения кондилом у 21 пациентки (56,7%).

Таблица 2. Результаты лечения пациенток в исследуемых группах

Критерии	I группа, n=36		II группа, n=38		III группа, n=31		IV группа, n=39	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одна процедура	36	100,0	24	63,2	30	96,8	21	53,8*
Две процедуры	0	0,0	9	23,7**	1	3,2	8	20,5**
Три процедуры	0	0,0	3	7,9*	0	0	6	15,4**
Более трёх процедур	0	0,0	2	5,3	0	0	4	10,3#
Отторжение струпа за 3–5 дней	34	94,4	33	86,8	28	90,3	27	69,2
Отторжение струпа за 5–10 дней	2	5,6	5	13,2	3	9,7	12	30,8#
Полная эпителизация за 7–14 дней	35	97,2	32	84,2	28	90,3	26	66,7
Полная эпителизация заняла более 14 дней	1	2,8	6	15,8**	3	9,7**	13	33,3**
Присоединение вторичной инфекции	0	0,0	1	2,6	2	6,5	4	10,3#

Примечание: * — достоверные различия при $p=0,02$ с I группой.
 ** — достоверные различия при $p=0,001$ с I группой.
 # — достоверные различия при $p=0,01$ с I группой.

Таблица 3. Выявление ВПЧ высокого онкогенного риска у пациенток исследуемых групп после деструктивной и комплексной терапии

Выявление ВПЧ 16-го и 18-го типов	I группа, n=8**		II группа, n=10**		III группа, n=6**		IV группа, n=8**	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сразу после окончания терапии	1	12,5	2	20,0	5	83,3*	6	75,0*
Через 3 мес после окончания терапии	0	0,0	1	10,0	4	66,7	5	62,5

Примечание: * — достоверные различия, при $p \leq 0,05$ с I группой.
 ** — число пациенток в группах с выявленным ВПЧ 16-го и 18-го типов до начала терапии.

Итак, было проведено комплексное лечение остроконечных кондилом мочеполовой системы и аногенитальной области с деструкцией и системной противовирусной и иммуномодулирующей терапией. У 67 пациенток (90,5%) I и II групп отторжение струпа произошло в течение 3–5 дней, а через 5–10 дней — у остальных семи (9,5%). Полная эпителизация наступила в течение 7–14 дней у большинства женщин I и II групп (90,5%). У пациенток III и IV групп, получавших только деструктивную терапию, чаще присоединялась вторичная бактериальная инфекция — у шести из 70 женщин (8,6%). Это затягивало сроки эпителизации по сравнению с результатами у пациенток, получавших комплексное лечение. Присоединение вторичной инфекции было отмечено лишь у одной (1,4%) из 74 пациенток, получавших системную противовирусную и иммуномодулирующую терапию (табл. 2).

Количество необходимых деструктивных процедур было достоверно большим в группе пациенток, получавших только лечение жидким азотом. В этом случае однократной процедуры оказалось достаточно лишь пациенткам с единичными папулезными элементами.

ВПЧ высокого онкогенного риска после лечения (исследование проводилось сразу после окончания курса и через 3 мес) по большей части обнаруживали именно у пациенток III и IV групп, не получавших системную противовирусную и иммуномодулирующую терапию (табл. 3).

Таким образом, включение противовирусного и иммуномодулирующего средства, экстракта побегов картофеля, в комплексную терапию ПВИ способствует элиминации ВПЧ высокого онкогенного риска со слизистой оболочки цервикального канала.

При оценке эффективности терапии самими пациентками 35 женщин (97,2%) из I группы отметили высокую удовлетворённость методом лечения, хорошую переносимость, удобство (не нужно частое посещение врача), воз-

возможность проведения процедуры в амбулаторных условиях. При динамическом наблюдении в течение 12 мес рецидивов заболевания не произошло ни у одной пациентки.

Среди пациенток II и IV групп полную удовлетворённость терапией отметили 26 (68,4%) и 22 (56,4%) пациентки соответственно. Основным недостатком данного метода эти женщины назвали необходимость многократного посещения врача для повторных процедур деструкции. Ни у одной из 144 пациенток не было выявлено негативного влияния лечения на общеклинические показатели (клинический анализ крови и мочи).

Таким образом, комплексное лечение остроконечных кондилом аногенитальной области методом аргоноплазменной абляции в сочетании с системной противовирусной и иммуномодулирующей терапией экстрактом побегов картофеля позволяет не только добиться полного регресса высыпаний, но и элиминировать ВПЧ высокого онкогенного риска. Такая терапия может быть проведена в амбулаторных условиях с минимальным обезболиванием, она комфортна для пациенток и воспроизводима в специализированном лечебном учреждении.

АЛГОРИТМ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МАНИФЕСТНОЙ ФОРМЕ ПВИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболеваемость, ресурсы и деятельность дерматовенерологических учреждений (2007–2008). Статистические материалы. — М., 2009. — 113 с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. — М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2007. — 300 с.
3. Кубанова А.А. Современные подходы к лечению папилломавирусной инфекции кожи и слизистых оболочек // Вестн. дерматол. — 2005. — № 4. — С. 8–12.
4. Кузнецова Ю.Н., Герасимова Н.М., Глазкова Л.К., Евстигнеева Н.П. Латентная папилломавирусная инфекция шейки матки, обусловленная ВПЧ 16-го и 18-го типов // Инфекции, передаваемые половым путём. — 2003. — №2. — С. 31–34.
5. Роговская С.И., Прилепская В.Н., Бибнева Т.Н., Кондриков Н.И. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции: пособие для врачей. — Москва, 2008. — 44 с.
6. Abbas Rasi, Razieh Soltani-Arabshahi, Alireza Khatami. Cryotherapy for Anogenital Warts: Factors Affecting Therapeutic Response // Dermatology Online Journal. — 2007. — N13(4). — P. 1–11.
7. Centers for Disease Control and Prevention. — STD Guidelines, 2006. — MMWR, P. 55–97.
8. Ankerst D.P., Diepolder H., Horster S. Topical Treatment of Anogenital Human Papillomavirus Infection in Male Patients // Future Virology. — 2009. — N4(6). P. 531–541.
9. World Health Organization (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. — Geneva: WHO, 2006.

Лечение манифестных форм папилломавирусной инфекции мочеполовой системы у женщин Медицинская технология

Руководитель редакции: к.м.н. Маклецова Светлана Александровна
Арт-директор: Кристал Виталий Генрихович
Выпускающий редактор: Крюкова Катерина Юрьевна
Вёрстка: Агентов Денис Владимирович
Корректор: Нигматулина Елена Владимировна
Редактор: Симоновская Хильда Юрьевна

Подписано в печать 13.04.2011.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Формат 60×90 1/16. Объём 0,5 п.л.
Тираж 8650 экз. Заказ № 111876-АК.

ООО «Медиабюро Статус презенс»
105082, г. Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26 в, стр. 2,
Бизнес-центр «Post-Plaza», оф. 613

Тел.: +7 (499) 558 0253, e-mail: info@praesens.ru, www.praesens.ru



ГИНЕКОЛОГИЯ



ДВА ОСНОВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДА ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА В ОДНОМ ШИРОКОПОЛОСНОМ РАДИОВОЛНОВОМ АППАРАТЕ С ФУНКЦИЕЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛАЦИИ

Широкополосная радиоволновая эксцизия и рассечение с минимальным тепловым разрушением удаляемой ткани позволяет проводить гистологическое исследование удаленного образца



Лечение кондиломатоза вульвы методами радиоволновой эксцизии и аргоноплазменной абляции



реклама

Радиоволновая конизация шейки матки



Радиоволновая петлевая биопсия шейки матки



Поверхностная, щадящая аргоноплазменная абляция тканей при гиперкератозе шейки матки



Мягкий, щадящий гемостаз с помощью аргоновой плазмы



Аргоноплазменная абляция и коагуляция - щадящий метод лечения поверхностных патологических процессов шейки матки и эффективный метод гемостаза при капиллярных кровотечениях после эксцизии



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

II ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА НАУЧНО-ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА

Главврач XXI века



Масштаб: общероссийская выставка и семинар.
Ожидаемое число участников: 700–800. Российский вариант самого популярного в мире формата — контраверсий, т.е. противоречий между старым и новым, принятой российской практикой и доказательными данными. Мероприятие 2010 г. собрало более 800 делегатов из 49 регионов России (рост по сравнению с 2009 г. — 14%; число статусных делегатов — 62%: главные акушеры-гинекологи, главврачи перинатальных центров, роддомов, женских консультаций и т.д.).
Обсуждаемые проблемы: широкий спектр вопросов, представленных с точки зрения дискуссионности; большое число мастер-классов, круглых столов.

Масштаб: всероссийская выставка и семинар для организаторов здравоохранения.
Ожидаемое число участников: 500. Активное участие сотрудников Росздравнадзора в рамках семинара «Росздравнадзор — главврачу XXI века» в 2010 г. позволило привлечь на него около 180 слушателей; число организаторов здравоохранения и главных врачей среди посетителей выставки составило 458 человек, что немедленно отметили экспоненты.
Обсуждаемые проблемы: вопросы лицензирования ЛПУ, как муниципальных, так и коммерческих, проблемы медицинской статистики, вопросы контроля и надзора в здравоохранении.



Сочи,
8-10 сентября 2011 г.

+7 (499) 558-0253, www.statuspraesens.ru