

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ю. Кузнецова, кандидат медицинских наук
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии
Минздравсоцразвития, Екатеринбург
E-mail: kjn@mail.ru

Представлены медицинские технологии, позволяющие оптимизировать диагностический подход и тактику дифференцированного ведения пациенток с различными вариантами течения папилломавирусной инфекции (ПВИ) аногенитальной области (манифестный, латентный транзиторный и персистирующий), определить вариант течения латентной ПВИ и провести комплексное лечение аногенитальных бородавок.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, транзиторное и персистирующее течение, аногенитальные бородавки, аргоноплазменная абляция.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) урогенитального тракта (УГТ) относится к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), и одинаково часто встречается у мужчин и женщин разных рас и социальных слоев [7]. Наиболее частое проявление ПВИ — аногенитальные бородавки (раздел А.63 МКБ-10) — экзофитные разрастания на внутренних и наружных половых органах, в промежности, перианальной области. Заболеваемость остроконечными кондиломами в Российской Федерации в 2009 г. составила 34,7 на 100 тыс. населения [4]. Эти цифры отражают лишь частоту клинических проявлений ПВИ, а не истинные масштабы инфицированности населения, так как не регистрируются субклинические и латентные формы инфекции [3].

У пациентов с видимыми кондиломами одновременно могут выявляться и вирусы папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска 16-го и 18-го типов [7, 8], длительная персистенция которых в 15,0–20,0% случаев приводит к интраэпителиальной неоплазии (ИН), *carcinoma in situ* и инвазивному раку [12, 14, 15, 16]. Это диктует необходимость санации в случае выявления ВПЧ. В то же время факторы, способствующие длительному персистированию вируса в организме человека или сопровождающие его, до сих пор не изучены. Актуальность проблемы возрастает в связи с тем, что установлена этиологическая роль ВПЧ в развитии рака шейки матки [1, 2, 6, 9, 11, 16].

В соответствии с клиническими рекомендациями «Дерматовенерология» под редакцией А.А. Кубановой (2008) [5] и Европейским руководством по лечению ИППП [13] терапия остроконечных кондилом должна предусматривать деструкцию очага, предупреждение осложнений, уменьшение числа рецидивов, улучшение качества жизни пациентов. Наиболее распространенным способом терапии пациентов с аногенитальными конди-

ломами остается деструкция очага (криотерапия, электрокоагуляция, лазероапоризация) [10, 16].

В настоящее время наиболее эффективны, особенно при обширных высыпаниях и рецидивирующем течении заболевания, комбинированные методы терапии аногенитальных бородавок — сочетанное применение различных физических, химических или медикаментозных методов: местное лечение и использование системных неспецифических противовирусных и иммуномодулирующих препаратов.

Целями нашего исследования были оптимизация диагностического подхода и разработка дифференцированной тактики ведения пациенток с различными вариантами течения ПВИ аногенитальной области (манифестной, латентной транзиторной и персистирующей) на основании анамнестических, клинических и лабораторных критериев, позволяющих определить вариант латентной ПВИ и провести комплексное лечение аногенитальных бородавок с применением деструктивного воздействия в различных режимах (методом аргоноплазменной абляции — АПА) и системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии.

Для достижения поставленной цели были разработаны медицинские технологии «Выбор тактики терапии манифестных форм папилломавирусной инфекции урогенитального тракта у женщин» (ФС№2010/306 от 30.08.2010) и «Дифференциальная диагностика латентной урогенитальной папилломавирусной инфекции» (ФС № 2009/394 от 10.12.2009).

Первый этап тактических действий врача при обращении пациенток с жалобами на наличие остроконечных кондилом — оценка локализации и площади поражения ПВИ. Перед назначением лечения все пациентки проходят клинко-лабораторное обследование:

- общий осмотр и гинекологическое обследование;
- диагностическая проба с 3% уксусной кислотой;
- кольпоскопия и цитология (окрашивание мазка по Папаниколау — Pap-тест);
- исследование показателей иммунной системы, в том числе местного иммунитета;
- бактериоскопическое и бактериологическое исследование микрофлоры половых путей;
- обследование на сифилис и другие ИППП, в том числе на ВПЧ высокого онкогенного риска 16-го и 18-го типов;
- при необходимости — консультирование со специалистами в смежных областях (урологом, гинекологом);
- общеклинические исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи.

До начала терапии осуществляют санацию выявленных воспалительных заболеваний УГТ и ИППП.

Выбор метода деструкции, режима местного воздействия и назначение системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии зависят от клинических проявлений ПВИ (единичные или множественные высыпания, плоские папулы или элементы на ножке), локализации высыпаний (половые губы, область промежности, преддверие, перианальная область, стенки влагалища, слизистая оболочка шейки матки), площади поражения, а также от наличия или отсутствия ВПЧ высокого онкогенного риска. При впервые выявленном заболевании и

единичных мелких высыпаниях назначают один из деструктивных методов терапии: криодеструкцию, фармдеструкцию или электрокоагуляцию (см. рисунок). В настоящее время используют также широкополостное радиоволновое иссечение (ШРИ) и АПА.

АПА — метод монополярной высокочастотной коагуляции, при котором энергия электромагнитного поля высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного газа аргона. Ее достоинствами являются отсутствие непосредственного контакта электрода с тканью (что исключает налипание ткани на электрод и его микробную контаминацию) и возможность контролировать глубину коагуляции.

При множественных высыпаниях, большой площади поражения, наличии элементов на шейке матки и(или) стенках и сводах влагалища используют радиоволновое иссечение и(или) АПА в различных режимах. До начала ШРИ и АПА проводят местную инфильтрационную анестезию 2% раствором лидокаина или используется 10% лидокаин спрей для местного применения; поверхность предварительно обрабатывают антисептиком октенисепт. При наличии образований на ножке осуществляют монополярное радиоволновое резание с одновременной коагуляцией и вазпоризацией в сухой среде. При наличии плоских элементов на широком основании назначают форсированную глубину или мягкую плавную АПА.

В случае обнаружения ВПЧ высокого онкогенного риска и(или) при наличии рецидива одновременно с деструктивными методами воздействия назначают противовирусную и иммуномодулирующую терапию пре-

паратом Панавир: внутривенно по 5 мл 0,004% раствора — 3 инъекции с интервалом в 48 ч, 2 последующие — с интервалом в 72 ч, на курс — 5 инъекций. Либо назначают ректальные суппозитории Панавир (200 мкг) по одному 3-кратно в течение 1-й недели с интервалом в 48 ч и 2-кратно в течение 2-й недели с интервалом в 72 ч. Клинико-лабораторный контроль проводят сразу после окончания терапии, через 3 и 6 мес, включая обследование на ВПЧ высокого онкогенного риска, если он ранее выявлялся.

Нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 144 пациенток в возрасте от 18 до 24 лет с остроконечными кондиломами УГТ и аногенитальной области. Пациентки были распределены на 4 группы в зависимости от тактики назначения деструктивной, иммуномодулирующей и противовирусной терапии.

В 1-ю группу включили 36 женщин в возрасте от 18 до 24 лет: 16 (44,4%) — с единичными высыпаниями в области наружных половых органов и 20 (55,6%) — с обширными разрастаниями по типу «цветной капусты»; пациентки этой группы получили комплексное лечение аногенитальных бородавок, состоявшее в: деструкции разрастаний факелом аргоновой плазмы; их иссечении высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны, системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии препаратом Панавир.

Во 2-ю группу вошли 38 женщин от 18 до 24 лет: 21 (55,3%) — с отдельными папулезными элементами на коже наружных половых органов и 17 (44,7%) — с множественными высыпаниями; проведено комплексное лечение кондиломатоза вульвы и(или) влагалища: деструкция разрастаний жидким азотом и системная противовирусная и иммуномодулирующая терапия препаратом Панавир.

В 3-ю группу включили 31 женщину от 18 до 24 лет: 16 (51,6%) — с единичными высыпаниями и 15 (48,4%) — с множественными; проведено лечение кондиломатоза вульвы и(или) влагалища путем деструкции разрастаний факелом аргоновой плазмы и иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны.

Четвертую группу составили 39 женщин от 18 до 24 лет: 21 (53,8%) — с отдельными остроконечными кондиломами на наружных половых органах и 18 (46,2%) — с множественными высыпаниями; применено лечение кондиломатоза вульвы и(или) влагалища методом криодеструкции.

Аногенитальные бородавки были в анамнезе 21 (14,6%) женщины. У 32 (22,2%) выявлены онкогенные типы ВИЧ (16-й и 18-й), в том числе у 8 (22,2%) женщин 1-й группы, у 10 (26,3%) — 2-й, у 6 (19,4%) — 3-й и у 8 (20,5%) — 4-й. На перенесенные в прошлом инфекции половых путей, в связи с которыми проведена санация до начала комбинированной терапии, указали 109 (75,7%) пациенток.

У 111 (77,1%) пациенток высыпания локализовались на половых губах, у 91 (63,2%) — в преддверии влагалища, у 82 (56,3%) — в перианальной области, у 8 (5,6%) — на слизистой оболочке шейки матки и у 12 (8,3%) — на стенках влагалища. Площадь поражения 1–5 см² была у 21 (14,6%) пациентки, 5–10 см² — у 113 (78,5%) и >10 см² — у 10 (6,9%). Высыпания в виде отдельных папул определены у всех женщин, в виде «цветной капусты» — у 119 (82,6%). Кроме того, у 18 (12,5%) имелись трещины и кровоточивость.



Алгоритм выбора тактики терапии манифестных проявлений ПВИ УГТ у женщин

Эффективность лечения оценивали по: регрессу клинических проявлений (деструкция высыпаний и сроки полной эпителизации); числу необходимых деструктивных процедур; характеру и степени выраженности побочных явлений; влиянию на общеклинические параметры (общий анализ крови и общий анализ мочи до начала и после завершения терапии); элиминации ВПЧ 16-го и 18-го генотипов со слизистой оболочки цервикального канала; возникновению рецидивов; продолжительности межрецидивного периода.

Разнообразие разрастаний от единичных папул до конгломератов в виде «цветной капусты» обусловило применение нескольких способов воздействия у пациенток 1-й и 3-й групп. У 61 (91,0%) пациентки применяли режим «Спрей», у 3 (4,5%) для остановки кровотечения после отсечения массивных разрастаний – коагуляцию с помощью электрода-шарика диаметром 1–2 мм, у 21 (56,7%) для иссечения кондилом – режим «Смесь» с применением петлевых электродов.

При комплексном лечении острокожных кондилом УГТ и аногенитальной области (деструкция и применение системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии) у 67 (90,5%) пациенток

1-й и 2-й групп отторжение струпа произошло в течение 3–5 дней, у 7 (9,5%) – через 5–10 дней (табл. 1). Полная эпителизация наступила в течение 7–14 дней у 90,5% больных. У пациенток 3-й и 4-й групп, получавших

Таблица 1

Показатель	Результаты терапии			
	Группа			
	1-я (n=36)	2-я (n=38)	3-я (n=31)	4-я (n=39)
1 процедура	36 (100,0)	24 (63,2)	30 (96,8)	21 (53,8)*
2 процедуры	0 (0)	9 (23,7)**	1 (3,2)	8 (20,5)**
3 процедуры	0 (0)	3 (7,9)*	0 (0)	6 (15,4)**
Более 3 процедур	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 за >14 дней	1 (2,8)	6 (15,8)**	3 (9,7)**	13 (33,3)**
Присоединение вторичной инфекции	0 (0)	1 (2,6)	2 (6,5)	4 (10,3)***

Примечание. Достоверные различия с 1-й группой: * p=0,02; ** p=0,001; *** p=0,01.

Дифференциальные признаки транзиторной и персистирующей латентной ПВИ

Таблица 2

Признаки	Пациентки с персистирующей ПВИ (n=95)	Баллы	Пациентки с транзиторной ПВИ (n=112)
Анамнестические:			
отягощенная онкологическая наследственность	42 (44,2)	5	24 (21,4)
раннее начало половой жизни (14–17 лет)	28 (29,5)	3	22 (19,6)
возраст до 20 лет	12 (12,6)	1	3 (2,7)
промискуитет	61 (64,2)	6	48 (42,9)
Клинические:			
аногенитальные бородавки	30 (31,6)	3	26 (23,2)
эрозии и эктопии шейки матки	59 (62,1)	6	42 (37,5)
«контактная» кровоточивость	51 (53,7)	5	36 (32,1)
Ovulinabotti	22 (23,2)	2	9 (8,0)
ВЗОМТ	16 (16,8)	2	12 (10,7)
ВМС	12 (12,6)	1	2 (1,8)
Лабораторные:			
ИППП	84 (88,4)	9	80 (71,4)
микст-инфицирование (инфекционный индекс ≥ 3 возбудителей)	63 (66,3)	7	46 (41,1)
дефицит лактобактерий	69 (72,6)	7	48 (42,9)
дисбиоз влагалища, вызванный условно-патогенной микрофлорой (<i>Str. agalactiae</i> , <i>Enterococcus</i> spp., <i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>St. aureus</i>), на фоне резкого снижения или отсутствия лактобактерий	30 (31,6)	3	29 (25,9)
бактериальный вагиноз	38 (40,0)	4	24 (21,4)
вирус-вирусные ассоциации	45 (47,4)	5	32 (28,6)
урогенитальный герпес	17 (17,9)	2	7 (6,3)
инфекция, обусловленная уrogenитальными микоплазмами (<i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	22 (23,2)	2	17 (15,2)
инфекция, обусловленная уrogenитальными уреоплазмами	30 (31,6)	3	24 (21,4)
урогенитальный кандидоз	20 (21,1)	2	3 (2,7)
урогенитальная хламидийная инфекция	26 (27,4)	3	23 (20,5)
инфицирование различными генотипами ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59-й) с диапазоном инфекционного индекса от 2 до 6	52 (54,7)	5	9 (8,0)

Примечание. ВЗОМТ – воспалительные заболевания малого таза; ВМС – внутриматочная спираль.

только деструктивную терапию, чаще наблюдалось присоединение вторичной бактериальной инфекции (у 8,6%), что приводило к увеличению сроков эпителизации по сравнению с таковыми у больных, получавших комплексную терапию.

Число необходимых деструктивных процедур было достоверно большим в группе пациенток, получавших только лечение жидким азотом, в которой однократная процедура потребовалась лишь пациенткам с единичными папулезными элементами.

ВПЧ высокого онкогенного риска после лечения (исследование проводили сразу после окончания терапии и через 3 мес) выявляли в большинстве случаев у пациенток 3-й и 4-й групп (у 83,3 и 75,0% соответственно сразу после окончания лечения и у 66,7 и 62,5% соответственно через 3 мес после лечения), не получавших системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии.

Таким образом, включение противовирусного и иммуномодулирующего препарата Панавир в комплексную терапию ПВИ способствует элиминации ВПЧ высокого онкогенного риска со слизистой оболочки цервикального канала.

При оценке эффективности терапии самими пациентками 35 (97,2%) больных 1-й группы отметили высокую удовлетворенность, хорошую ее переносимость, отсутствие необходимости в частом посещении врача, возможность проведения процедуры в амбулаторных условиях. При диспансерном наблюдении в течение 12 мес у всех пациенток 1-й группы отсутствовали рецидивы заболевания. Из пациенток 2-й и 4-й групп полную удовлетворенность терапией отметили 26 (68,4%) и 22 (56,4%) женщины соответственно. Основным недостатком данного метода была необходимость неоднократного посещения врача для повторных процедур деструкции. Ни у одной из 144 женщин не выявлено отрицательного влияния терапии на общеклинические показатели (общий анализ крови и общий анализ мочи).

При обнаружении у пациенток ВПЧ высокого онкогенного риска необходимо определить вариант ПВИ (транзиторный, персистирующий) и выявить факторы риска персистенции ВПЧ путем суммирования и оценки баллов.

Критерием персистирующего течения ПВИ считается 3-кратное и более частое определение методом полимеразной цепной реакции ВПЧ высокого онкогенного риска (16-го и 18-го генотипов) в соскобах цервикального канала при взятии материала с интервалом в 3–6 мес, независимо от смены полового партнера. Критерий транзиторного течения ПВИ: инфицирование ВПЧ высокого онкогенного риска эпителиальных клеток цервикального канала в течение 3–6 мес, когда ВПЧ выявлялся однократно, с последующими отрицательными результатами.

Каждому признаку присваивается определенное число баллов (от 0 до 9) в зависимости от его значимости и частоты встречаемости у пациенток с различными вариантами ПВИ (табл. 2). В табл. 2 приведено максимально возможное число баллов оценки признаков.

При выявлении у пациентки ВПЧ высокого онкогенного риска после выяснения жалоб, сбора анамнеза, осмотра и клинико-лабораторного обследования все баллы суммировали в соответствии с градацией представленных в табл. 2 признаков.

Например:

- возраст пациентки (до 20 лет) и старше 40 лет – 1 балл;
- раннее начало половой жизни (14–17 лет) – 3 балла;
- промискуитет – 6 баллов;
- отягощенная онкологическая наследственность (особенно по женской линии – рак шейки матки) – 5 баллов; всего 15 баллов.

При осмотре:

- аногенитальные бородавки – 3 балла;
- эрозии и эктопии шейки матки – 6 баллов;
- «контактная» кровоточивость – 5 баллов;
- Ovuli Nabotti – 2 балла;
- ВЗОМТ – 2 балла;
- ВМС – 1 балл; всего 19 баллов.

При клинико-лабораторном обследовании:

- ИППП – 9 баллов;
- микст-инфицирование (инфекционный индекс – 3 и более возбудителей) – 7 баллов;
- дефицит лактобактерий – 7 баллов;
- дисбиоз влагалища, вызванный условно-патогенной микрофлорой, – 3 балла;
- бактериальный вагиноз – 4 балла;
- вирус-вирусные ассоциации – 5 баллов;
- урогенитальный герпес – 2 балла;
- урогенитальная микоплазменная инфекция – 2 балла;
- урогенитальная уреоплазменная инфекция – 3 балла;
- урогенитальный кандидоз – 2 балла;
- урогенитальная хламидийная инфекция – 3 балла;

При наличии 0–31 балла регистрируют транзиторное течение ПВИ, при 55–86 баллах – персистирующее.

При наличии 32–54 баллов пациенток подвергают дополнительному обследованию. В качестве лабораторных признаков дополнительно используют уровень концентрации онкобелка E7 ВПЧ 16, интерферона- α (ИФН α), фактора некроза опухоли- α (ФНО α) в сыворотке крови, уровень пролактина в сыворотке крови, уровень α - и γ -интерферона в секрете цервикального канала, уровень секреторных иммуноглобулинов класса A (sIgA), что позволяет уточнить вариант течения ПВИ шейки матки и повысить точность диагностики (табл. 3).

При установлении у больных ИН, выявленной на дерматовенерологическом приеме, рекомендуется направлять их для наблюдения к гинекологу с постоянным контролем у дерматовенеролога: при высоком риске – 1 раз в 3 мес, при низком – 1 раз в полгода.

При транзиторном варианте течения ПВИ шейки матки, отсутствии манифестных проявлений необходимо диспансерное наблюдение в гинекологическом учреждении с периодическим обследованием на ВПЧ 1 раз в 3–4 мес в течение 1,5 года.

При установлении персистирующего варианта течения урогенитальной ПВИ рекомендовано назначение противовирусной и(или) иммуностропной терапии, способствующей уменьшению степени риска развития неопластических процессов и профилактике рака шейки матки.

В случае латентного течения ПВИ необходимы наблюдение и регулярное обследование в гинекологических учреждениях (цитологическое исследование мазков-отпечатков и кольпоскопия).

В соответствии с представленным в технологии алгоритмом обследовано 207 пациенток консультативного

приема ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздравсоцразвития» в возрасте 18–24 лет. По характеру течения ПВИ пациентки были разделены на 2 группы: 95 – с персистирующей ПВИ, 112 – с транзитной.

Уровень инфицированности ВПЧ и характер течения ПВИ во многом зависят от воздействия совокупности факторов риска. Применение этапного алгоритма обследования дало возможность выявить сопровождающие персистенцию ВПЧ признаки, позволяющие дифференцировать персистирующую ПВИ и начать лечение на более ранних этапах. Это:

- отяженная наследственность по онкологическим заболеваниям различной локализации – повышение риска в 2,1 раза ($p \leq 0,001$);
- наличие фоновых, предопухолевых и доброкачественных новообразований репродуктивной системы (эрозии и эктопии шейки матки) – в 1,7 раза ($p \leq 0,001$);
- признаки хронического воспаления шейки матки – контактная кровоточивость – в 1,7 раза ($p \leq 0,001$), закупорка nabottovykh желез – в 2,9 раза ($p \leq 0,001$);
- использование ВМС в качестве метода контрацепции – в 7 раз ($p \leq 0,001$);
- микст-инфицирование другими ИППП – в 1,6 раза ($p \leq 0,001$), с преобладанием вирус-вирусных ассоциаций (вирус простого герпеса I–II типа, цитомегаловирус) – в 1,7 раза ($p \leq 0,01$);
- дефицит лактобактерий – в 1,7 раза ($p \leq 0,001$);
- бактериальный вагиноз – в 1,9 раза ($p \leq 0,001$);
- урогенитальный герпес – в 2,8 раза ($p \leq 0,01$);
- инфекция, обусловленная уrogenитальными уреоплазмами, – в 1,5 раза ($p \leq 0,05$);
- урогенитальный кандидоз – в 7,8 раза ($p \leq 0,001$);
- экспрессия онкогена E7 ВПЧ (диагностический критерий потенциального неопластического риска) – в 10,4 раза ($p \leq 0,05$);
- инфицирование различными генотипами ВПЧ – в 6,8 раза ($p \leq 0,001$);
- выраженная интенсивность локального α - и γ -интерфероногенеза в цервикальном секрете (интенсивность α -интерфероногенеза – в 1,9 раза, $p \leq 0,05$, γ -интерфероногенеза – в 3,8 раза; $p \leq 0,05$);
- высокий уровень пролактина в сыворотке крови ($p \leq 0,05$);
- увеличение уровня sIgA в вагинальном секрете ($p \leq 0,001$).

Таким образом, комплексное лечение остроконечных кондилом аногенитальной области с использованием метода АПА в сочетании с системной противовирусной и иммуномодулирующей терапией препаратом Панавир позволяет добиться не только полного регресса высыпаний, но и элиминации ВПЧ высокого онкогенного

Таблица 3

Дополнительные лабораторные признаки транзитной и персистирующей латентной ПВИ (M \pm m)

Лабораторный признак	ПВИ	
	персистирующая	транзитная
Средний уровень концентрации онкобелка E7 16 ВПЧ, нг/г белка	7,95 \pm 0,47	0,89 \pm 0,07
ИФН α в сыворотке крови, пкг/мл	12,7 \pm 2,9	26,4 \pm 3,1
ФНО α в сыворотке крови, пкг/мл	24,9 \pm 6,4	53,8 \pm 10,9
Средний уровень пролактина в сыворотке крови, мМЕ/мл	553,9 \pm 36,29	321,3 \pm 26,03
Средний уровень α -интерферона в секрете цервикального канала, пкг/мл	2311 \pm 500	486 \pm 237
Средний уровень γ -интерферона в секрете цервикального канала, пкг/мл	2379 \pm 701,5	1218 \pm 432
Средний уровень sIgA, мкг/мл	348,9 \pm 4,2	175,6 \pm 6,4

риска. Терапия может быть проведена в амбулаторных условиях с минимальным обезболиванием, комфортна для пациентов и воспроизводима в специализированном лечебном учреждении.

Определение факторов персистенции ВПЧ позволяет повысить эффективность дифференциальной диагностики персистирующих форм урогенитальной ПВИ на ранних этапах ее развития, сформировать группы диспансерного наблюдения; своевременно начать лечение у 95,8% пациенток; раньше выявлять больных урогенитальной ПВИ методами современной лабораторной диагностики, выделять группы пациенток с потенциальным риском развития очаговых диспластических и злокачественных трансформаций эпителия УГТ; оптимизировать диспансерное наблюдение, направленное на профилактику развития персистирующих форм инфекции. Затраты на внедрение раннего молекулярно-генетического скрининга ВПЧ на 25% ниже затрат на лечение больных при развивающихся осложненных формах ПВИ.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

FOLLOW-UP AND THERAPY IN FEMALE PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF PAPILLOMAVIRUS INFECTION OF THE UROGENITAL TRACT

Yu. Kuznetsova, Candidate of Medical Sciences

Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology,

Ministry of Health and Social Development of Russia, Yekaterinburg

The paper presents medical technologies that make it possible to optimize

a diagnostic approach and differential management tactics in patients with

different (manifest, latent transient, or persistent) types of papillomavirus

infection (PVI) of the anogenital region, to identify the type of latent PVI, and

to perform combination treatment for anogenital warts.

Key words: papillomavirus infection, transient or persistent course, anogenital warts, argon plasma ablation.