



Координаты для связи с авторами: Жолондзь Наталья Николаевна – канд. мед. наук, доцент кафедры, внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ДВГМУ, зав. кабинетом аллергологии и иммунологии 301 Военного клинического госпиталя, тел. +7-924-214-20-13, e-mail: tata231050@list.ru; Воронина Наталья Владимировна – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3284-8108>, eLibrary SPIN-код: 9410-7664, тел. +7-924-403-00-32, e-mail: mdvoronina@yandex.ru; Макаревич Елена Михайловна – заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 1» министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. +7-914-182-18-88, e-mail: makarelenakha@gmail.com; Шкунова Марина Сергеевна – ординатор кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики по специальности «Аллергология и иммунология» ИНПОА ДВГМУ, тел. +7-909-808-14-32, e-mail: shkunova.marina@mail.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-2-21-27>

УДК 618.146:618.16-002.181-02

Д.Ф. Порсохонова¹, А.И. Якубович², М.А. Мирсаидова¹, М.Л. Росстальная¹, В.А. Растегаев¹

ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ ГЕНИТАЛИЙ

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МзРУз, 100109, ул. Фароби, 3, Ташкент;

²Иркутский государственный медицинский университет, 664003, ул. Красного Восстания, 1, г. Иркутск

Резюме

Статья содержит собственные клиничко-лабораторные данные о результатах обследования 85 женщин с остроконечными кондиломами (ОК) гениталий, среди которых были беременные и небеременные женщины. Авторами проведено подробное изучение анамнестических данных с целью выявления возможных причин клинической манифестации ОК, на основании которого обозначена важная роль таких факторов, как прием лекарственных препаратов (преимущественно антибиотиков, гормональных препаратов (КОК, гестагены), витамины группы В), сопутствующие заболевания (анемия), беременность, стрессы. Рост ОК мог быть обусловлен предшествующим прижиганием жидким азотом, частыми половыми контактами, обильными выделениями из половых путей. Также в качестве возможных триггеров авторы указывают на присутствие таких инфекций урогенитального тракта как: *Ureaplasma Urealyticum* (Parvo и T-960) – 27 (31,8 %), ВПЧ 16/18 – 32 (37,6 %), ВПГ-I (33 (38,8 %), ВПГ-II (27 (31,8 %), ЦМВ (37 (43,5 %), а также *Gardnerella vaginalis* – 45 (52,9 %), *Staphylococcus epidermidis* – 22 (25,9 %), *Streptococcus epidermidis* – 28 (32,9 %), грибы рода *Candida* – 68 (80,0 %). Одновременное проведение кольпоскопических, цитологических исследований позволило установить повышенную частоту эрозивных, эктопических и диспластических процессов у контингента женщин с ОК.

Ключевые слова: остроконечные кондиломы, инфекции, передающиеся половым путем, факторы риска, кольпоскопия.

D.F. Porsokhonova¹, A.I. Yakubovich², M.A. Mirsaidova¹, M.L. Rosstalnaya¹, V.A. Rastegaev¹

FORMATION OF PATHOLOGICAL PROCESSES OF THE CERVIX IN PATIENTS WITH GENITAL WARTS

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of DermatoVenereology and Cosmetology Ministry of Healthcare of Uzbekistan, Tashkent;

²Irkutsk State Medical University, Irkutsk

Abstract

The article contains its own clinical and laboratory data on the results of examination of 85 women with genital warts (GW), among whom were pregnant and non-pregnant women. The authors carried out a detailed study of anamnestic data in order to identify possible causes of clinical manifestation of GW, on the basis of which the important role of such factors as taking medications (mainly antibiotics, hormonal drugs (combined oral contraceptives (COCs), gestagens), B vitamins), concomitant diseases (anemia), pregnancy, stress. The growth of GW could be due to previous cauterization with liquid

nitrogen, frequent sexual intercourse, and abundant secretions from the genital tract. Also, as possible triggers, the authors point to the presence of such infections of the urogenital tract as: *Ureaplasma Urealythicum* (Parvo and T-960) – 27 (31,8 %), *HPV 16/18* – 32 (37,6 %), *HSV-I* (33 (38,8 %), *HSV-II* (27 (31,8 %), *CMV* (37 (43,5 %), as well as *Gardnerella vaginalis* – 45 (52,9 %), *Staphylococcus epidermidis* – 22 (25,9 %), *Streptococcus epidermidis* – 28 (32,9 %), Fungi of the genus *Candida* – 68 (80,0 %) Simultaneous colposcopic and cytological examinations made it possible to reveal an increased frequency of erosive, ectopic and dysplastic processes in the contingent of women with GW.

Key words: genital warts, sexually transmitted infections, risk factors, colposcopy.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) признана одной из самых распространенных инфекций из группы ИППП (инфекции, передаваемые половым путем). При этом пути передачи ПВИ не ограничиваются половым контактом [5]. Как для многих других ИППП актуальным является бытовой, вертикальный пути заражения, а также самозаражение. Важность изучения ПВИ обусловлена также высоким онкогенным потенциалом некоторых типов ВПЧ [3]. Наиболее грозным осложнением онкогенных типов ПВИ является рак шейки матки и цервикоинтраэпителиальные неоплазии различной степени [2, 7, 8, 9]. Так ежегодно в Республике Узбекистан регистрируется в среднем 2 844 новых случаев онкогинекологических заболеваний, что составляет 13,5 % от общего числа злокачественных новообразований. В 2016 году в Узбекистане рак шейки матки был зарегистрирован у 1 465 пациенток [1]. На возможность манифестации ПВИ оказывает влияние ряд факторов, которые необходимо учитывать как для оценки клинических форм заболевания, так и

для подбора метода терапии и профилактики (иммунологическая реактивность, сопутствующие инфекции и эндокринные заболевания, вирусная нагрузка, повторные заражения, повышение возраста, поздняя обращаемость и т. д.) [6]. На сегодняшний день известно несколько клинически значимых форм ПВИ, таких как поражение шейки матки (полипоз шейки матки, интрацервикальная неоплазия, рак), остроконечные кондиломы гениталий или аногенитальные бородавки, папилломатоз гортани [4, 9]. Вопросы одновременного присутствия нескольких манифестных форм ПВИ у одного пациента являются малоизученными [4]. В то время как поиск закономерностей параллельного существования различных очагов ПВИ мог бы помочь более раннему выявлению и профилактике клинически значимых вариантов ПВИ.

В этой связи целью наших исследований явилась характеристика состояния шейки матки у пациенток с остроконечными кондиломами гениталий.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 85 женщин с диагнозом остроконечные кондиломы гениталий (ОК) (МКБ 10: Аногенитальные бородавки L 29.3) в возрасте от 18 до 54 лет. Всем больным было проведено микробиологическое исследование соскобов цервикального, уретрального канала и влагалища на присутствие ИППП и сопутствующей микрофлоры уrogenитального тракта. Была произведена детекция ВПЧ (6, 11, 16/18, 31/33) в соскобе из цервикального канала и ткани кондилом (в микробиоптатах) методом ПЦР. Проведена идентификация фона сопутствующих герпесвирусных инфекций с определением порогового титра специфических иммуноглобулинов IgM и IgG в сыворотке крови к ВПГ (вирус простого герпеса) и ЦМВ (цитомегаловирус) методом ИФА (иммуноферментный анализ) сыворотки крови. Пациенткам с изменениями на шейке матки было произведено

кольпоскопическое и цитологическое исследования. Кольпоскопию производили расширенную, поэтапно: шейку матки очищали от отделяемого ватным тампоном, затем, смазывали поверхность раствором уксуса в разведении, после чего обрабатывали шейку матки раствором Люголя (проба Шиллера) для определения состояния эпителия шейки матки и локализации патологического очага. Материал для цитологической диагностики получали путем легкого соскоба и отдельно наносили на предметное стекло тонким ровным слоем. Для забора материала использовали специальные щеточки, шпатели (шпатели Эйра, цитобраш). Материал брали с трех участков: с поверхности влагалищной части шейки, с участка на границе плоского многослойного эпителия со слизистой оболочкой цервикального канала и из нижней трети эндоцервикса.

Результаты и обсуждение

Контингент обследованных в целом относился к категории социально-адаптированных женщин в возрасте от 18 до 54 лет с удовлетворительным и хорошим материальным достатком, ведущих нормальную половую жизнь и имеющих одного полового партнера. 9 (10,6 %) женщин находились в возрастной категории старше 40 лет. Среди обследованных было 33 беременных (38,8 %).

Появление ОК пациентки связывали с появлением кондилом или бородавок у партнера – 16 (18,8 %), приемом лекарственных препаратов – преимущественно антибиотиков, гормональных препаратов (КОК, гестагены), витамины группы В) – 18 (21,2%), сопутствующими

заболеваниями (анемия) – 12 (14,1 %), беременностью – 27 (31,8 %), стрессами – 12 (14,1 %) женщин. Рост ОК связывали с предшествующим прижиганием жидким азотом – 11 (12,9 %), частыми половыми контактами – 8 (9,4 %), обильными выделениями из половых путей – 31 (36,5 %), не могли назвать причину – 35 (41,2 %).

Ранее получали лечение по поводу ОК 34 (40,0 %) пациенток, среди них криодеструкция была проведена 11 (25,8 %) пациенткам, хирургическое иссечение – 1 (3,2 %), электрокоагуляция – 4 (12,9 %), химическая деструкция – 2 (6,5 %), иммунотерапия (в сочетании с другими методами) – 10 (32,2 %), противовирус-

ные препараты (в сочетании с другими методами) – 6 (19,4 %), лазеродеструкция – 0. Рецидивы ОК у пациенток, получавших ранее лечение, отмечались у 24 (28,2 %).

Динамика заболевания пациентками была представлена следующим образом: постепенный рост кондилом (как размеров, так и количества) – 49 (57,6 %); быстрый рост кондилом – 22 (25,9 %); отсутствие изменений (в течение длительного времени) – 14 (16,5 %) (рис. 1, 2, 3, 4).

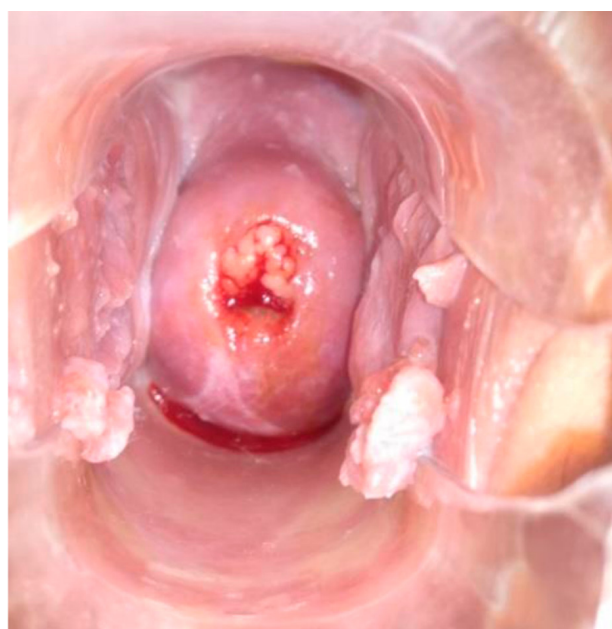


Рис. 1. Больная М.Ж., 22 года. Диагноз: Беременность 1-я, 18 нед., папиллярные кондиломы вульвы и преддверия влагалища. Дисплазия шейки матки. Бактериальный вагиноз

Другие беспокойства, связанные с присутствием ОК распределялись следующим образом: наличие выделений из половых путей той или иной степени выраженности отмечали 56 (65,8 %) женщин, при этом преобладающий характер выделений – жидкие

молочно-белого цвета; кондиломы травмировались и кровоточили – у 28 (32,9 %); препятствовали нормальной половой жизни – у 68 (80,0 %); беспокоили как косметический дефект – у 75 (88,2%); вызывали психологический дискомфорт, онкофобию, страх репродуктивных потерь и повышенную тревожность – у 79 (92,9 %); препятствовали нормальным родам – у 24 (28,2 %) женщин.



Рис. 2. Больная Э.А., 24 года. Диагноз: ОК вульвы, преддверия влагалища и шейки матки, эндоцервицит, кольпит. Уреаплазменная инфекция, ВПЧ 16/18-носительство

Результаты исследования микрофлоры урогенитального тракта женщин с ОК представлены следующим образом: *Neisseria gonorrhoeae* – 1 (1,2 %), *Trichomonas vaginalis* – 2 (2,3 %), *Chlamydia trachomatis* – 6 (7,1 %), *Ureaplasma urealyticum* (Parvo и T-960) – 27 (31,8 %), *Mycoplasma genitalium* – 11 (12,9 %), ВПЧ

16/18 – 32 (37,6 %), ВПЧ 31/33 – 12 (14,1 %), *Gardnerella vaginalis* – 45 (52,9 %), *E. coli* – 4 (4,7 %), *Staphylococcus epidermidis* – 22 (25,9 %), *Staphylococcus aureus* – 8 (9,4 %), *Proteus vulgaris* – 5 (5,8 %), *Streptococcus epidermidis* – 28 (32,9 %), грибы рода *Candida* – 68 (80,0 %).



Рис. 3. Больная Г.Р., 27 лет. Диагноз: ОК преддверия влагалища и кондиломы шейки матки, эндоцервицит, кольпит. Уреаплазменная инфекция, ВПЧ 16/18-носительство

Результаты иммуноферментного анализа показали, что у 33 (38,8 %) обследованных больных отмечалось повышенное содержание специфических иммуноглобулинов IgM к ВПГ I типа, что в среднем составило – $0,621 \pm 0,102$ пг/мл, против группы контроля $0,280 \pm 0,022$ пг/мл. Также отмечалось возрастание титра специфических иммуноглобулинов IgG к ВПГ I в 3-4 раза по сравнению с контрольной груп-

пой ($1,327 \pm 0,931$ пг/мл, против $0,332 \pm 0,024$ пг/мл). Содержание специфических иммуноглобулинов IgM к ВПГ II, было повышено у 27 (31,8 %), по сравнению с группой контроля, что в среднем составило $0,618 \pm 0,183$ пг/мл, против $0,280 \pm 0,019$ пг/мл. При исследовании специфических иммуноглобулинов IgG к ВПГ II, результаты показали повышение титра в 4-5 раз, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило $1,653$ пг/мл $\pm 0,192$ пг/мл, против $0,324 \pm 0,015$ пг/мл.

При исследовании специфических иммуноглобулинов IgM к ЦМВ, результаты анализа показали нормальное или сниженное их содержание, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило $0,213 \pm 0,096$ пг/мл, против $0,280 \pm 0,019$ пг/мл. При исследовании специфических иммуноглобулинов IgG к ЦМВ, результаты показали повышение титра в 6-7 раз, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило $2,093$ пг/мл $\pm 0,197$ пг/мл, против $0,339 \pm 0,017$ пг/мл у 37 (43,5 %) больных.

При проведении кольпоскопического обследования у 27 (31,8 %) женщин отмечалась удовлетворительная цитологическая (кольпоскопическая) картина, у 58 (68,2 %) пациенток картина выраженного воспаления. У 31 (36,5 %) больных на фоне воспаления картина ASC – US. При этом кольпоскопическая картина характеризовалась: ацетобелым эпителием в области пораженных участков шейки матки, стойкой йоднегативной зоной, у некоторых пациенток, в основном, ВПЧ-ассоциированных, отмечались древовидные атипичные сосуды и мозаика. Атипичные плоские клетки неопределенного значения, в основном встречались при сопутствующих урогенитальных инфекциях (ВПЧ, уреаплазменная и хламидийная инфекции). Реактивные изменения, выражающиеся воспалением, атрофией или гипер- и паракератозом наблюдались у 48 (56,5 %) пациенток, у которых были диагностированы бактериальный вагиноз и кандидоз. В мазках с поверхности эрозивного эпителия обнаруживались измененные (инфицированные вирусом папилломы) клетки, так называемые койлоциты, имевшие перинуклеарный светлый ободок (клетки выглядели, как бы, «пустыми», отсюда и происходит их название: «koilos»-пустой).

Кольпоскопическая картина при различных поражениях шейки матки, характеризовалась следующим образом: в целом, отмечалась нормальная зона трансформации, из них – у 41,1 % женщин – йоднегативная зона (патологические очаги измененного кератинизированного эпителия), у 64,7 % – ацетобелый эпителий у 42,8 %, – явления пунктации, мозаики и атипичные сосуды наблюдались у 9,4 % женщин. В основном данные изменения имели место у женщин с присутствием уреаплазменной и герпесвирусной инфекции. Кольпоскопически у 33 (68,7 %) исследуемых больных была обнаружена картина эктопии шейки, которая чаще встречалась при уреаплазменной инфекции, ВПЧ 16/18, бактериальном вагинозе и кандидозе и представлялась участком слизистой оболочки, лишенным эпителиального покрова, с четкими выступающими кра-

ями; дно неровное, бугристое, ярко-красного цвета, местами с рыхлыми некротическими наложениями. При расширенной кольпоскопии после обработки слизистой оболочки шейки матки 3 % раствором уксусной кислоты наблюдалась картина незавершенной метаплазии многослойного плоского эпителия. При нанесении раствора Люголя на участок шейки матки, лишенный эпителия, наблюдались явления йоднегативной зоны (рис. 5).



Рис. 4. Больная Н.К., 37 лет. Диагноз: Остроконечные кондиломы гениталий, эктопия, гиперплазия всей поверхности влагалищной части шейки матки, эндоцервицит. Кровоточивость, мозаика, ацетобелый эпителий (АБЭ), йоднегативная зона (ЙНЗ). ВПЧ 16/18-носительство

Полипы эндоцервикса железисто-фиброзного характера наблюдались у 8 (9,4 %) больных, преимущественно в возрастной группе старше 40 лет, ассоциировались с ВПЧ 31/33 и представляли собой разрастание слизистой оболочки канала шейки матки с вовлечением в процесс подлежащей соединительной ткани. В основном встречались крупные единичные полипы. Их величина и форма были разнообразными, поверхность гладкая, консистенция мягкая, цвет от розового до темно бордового, единичные полипы были окружены атипичными сосудами. Основание полипов (ножка), как правило, было широкое, расположение в средней или нижней трети цервикального канала (рис. 6).

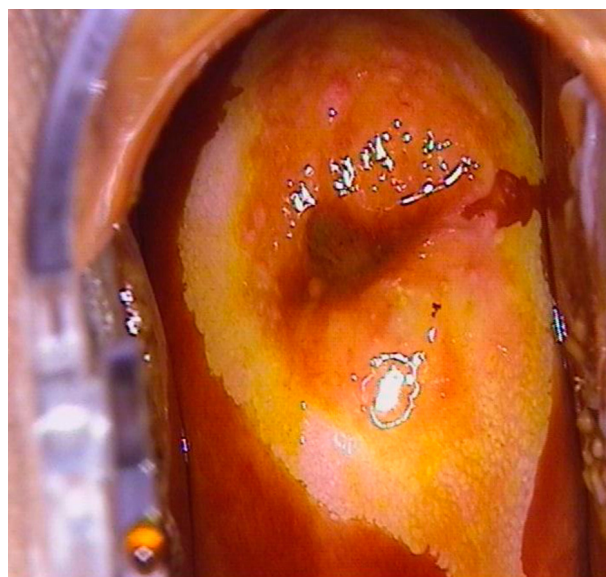


Рис. 5. Больная И.Д., 39 лет. Диагноз: Остроконечные кондиломы гениталий, эндоцервицит, кольпит. Незавершенная метаплазия многослойного плоского эпителия. Участок йоднегативной зоны. Уреаплазменная инфекция, ВПЧ 16/18-носительство



Рис. 6. Больная Ш.З., 43 года. Д-з: Остроконечные кондиломы гениталий. Полип шейки матки, эндоцервицит, кольпит. Урогенитальный кандидоз

У 7 (8,2 %) больных диагностирована дисплазия шейки матки, которая характеризовалась определением участков лейкоплакии на фоне белесых или гиперемизированных участков, преимущественно встречалась у пациенток с ВПЧ и другими возбудителями ИППП (хламидии, уреаплазмы, бактериальный ваги-

ноз). У 2 (2,4 %) обследованных больных кольпоскопически была диагностирована лейкоплакия шейки матки ассоциированная с хламидийной и уреаплазменной инфекцией, имела вид белого пятна или тонкой плотной бляшки, прочно связанной с подлежащей тканью и не исчезающей после высушивания слизистой оболочки шейки матки тампоном.

Таким образом, результаты исследования помимо общеизвестных, указывают на возможную роль в манифестации ОК таких триггеров, как: прием лекарственных препаратов (преимущественно антибиотиков, гормональных препаратов (комбинированные оральные контрацептивы (КОК), гестагены), витамины группы В), сопутствующие заболевания (анемия), беременность, стрессы. Рост ОК мог быть обусловлен предшествующим прижиганием жидким азотом, частыми половыми контактами, обильными выделениями из половых путей.

Проведенные комплексные микробиологические, ПЦР, ИФА-исследования позволили выявить значительную частоту встречаемости сопутствующих ИППП среди пациенток с ОК, в частности, *Ureaplasma urealyticum* (Parvo и T-960) – 27 (31,8 %), ВПЧ 16/18 – 32 (37,6 %), ВПГ-I (33 (38,8 %), ВПГ-II (27 (31,8 %), ЦМВ (37 (43,5 %), а также *Gardnerella vaginalis* – 45 (52,9 %), *Staphylococcus epidermidis* – 22 (25,9 %), *Streptococcus epidermidis* – 28 (32,9 %), грибы рода *Candida* – 68 (80,0 %). Как известно, сопутствующие микробные возбудители могут играть роль кофактора роста ОК, воздействуя на общий и местный иммунитет, меняя физико-химический состав выделений половых путей и способствуя мацерации слизистой половых путей и, следовательно, беспрепятственному проникновению вируса. Имеющееся у беременных физиологическое разрыхление сети коллагеновых волокон, происходящее под действием меняющегося гормонального фона, также способствует росту ОК. Присутствие герпесвирусных возбудителей, воздействуя на иммунную систему, также может способствовать более активному размножению ВПЧ, в том числе онкогенных типов.

Кольпоскопические исследования, проведенные у пациенток с ОК гениталий позволили выявить повышенную частоту эрозивных, эктопических и диспластических процессов в области шейки матки, что требует настороженности и обязательного мониторинга состояния шейки матки у контингента женщин с ОК наружных гениталий не только в период манифестации, но и в отдаленные сроки наблюдения.

Таким образом, комплексное обследование пациенток с ОК гениталий должно в обязательном порядке включать тщательное обследование шейки матки и диагностику и лечение сопутствующих инфекций урогенитального тракта.

Литература

1. Алмухамедова Б.Г., Алиева Д.А. Рак шейки матки как онкогинекологическая проблема в Республике Узбекистан // Материалы 1-го Международного форума онкологов и радиологов. – М., 23-28 сентября 2018 г. – С. 108.
2. Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Ужегова Ж.А. Современные аспекты этиологии и патогенеза фоновых, предраковых процессов и рака шейки матки // Проблемы репродукции. – М., 2006. – № 5. – С. 17-24.



3. Аногенитальные кондиломы, ассоциированные с ВПЧ (клинико-морфологические аспекты и принципы терапии) / Н.М. Назарова, М.Е. Некрасова, В.Н. Прилепская, К.И. Гусаков, Д.Ю. Трофимов // Медицинский совет. – 2018. – № 13. – С. 10-15.

4. Арипжанова Д.С., Курбанов Д.Д. Результаты расширенной кольпоскопии шейки матки у пациенток с папилломовирусной инфекцией // Педиатрия. – 2003. Спец. Вып. – С. 193-194.

5. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Филатова Г.А. Вирус папилломы человека: от понимания иммунопатогенеза к рациональной тактике ведения // Гинекология. – 2018. – № 20 (3). – С. 5-11.

6. Хрянин А.А. Новые возможности профилактики папилломавирусной инфекции / А.А. Хрянин, О.В. Решетников, Л.А. Коломиец // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 5. – С. 49-55.

7. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer / Saslow D., et al. // CA Cancer J. Clin. – 2012. – Vol. 62, № 3. – P. 147-172.

8. Case of rapidly progressing condylomatous squamous cell carcinoma of the uterine cervix associated with low-risk human papillomavirus type 6 // M. Masuda, K. Abiko, S. Minamiguchi, R. Murakami, T. Baba, I. Konishi // J. Obstet. Gynaecol. Res., 2017. doi: 10.1111/jog.13553.

9. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource Stratified Clinical Practice Guideline // J. Global Oncol. March. – 2017.

Literature

1. Almukhamedova B.G., Alieva D.A. Cervical cancer as a gynecological oncological problem in the Republic of Uzbekistan // Proceedings of the 1-st International Forum of Oncologists and Radiologists. – M., September 23-28, 2018. – P. 108.

2. Andreeva E.N., Grigoryan O.R., Uzhegova Zh.A. Modern aspects of the etiology and pathogenesis of background, precancerous processes and cervical cancer // Problems of Reproduction. – M., 2006. – № 5. – P. 17-24.

3. Anogenital warts associated with HPV (clinical and morphological aspects and principles of therapy) / N.M. Nazarova, M.E. Nekrasova, V.N. Prilepская, K.I. Gusakov, D.Yu. Trofimov // Medical Council. – 2018. – № 13. – P. 10-15.

4. Aripzhanova D.S., Kurbanov D.D. Results of extended colposcopy of the cervix in patients with papillomavirus infection // Pediatrics. – 2003. Spec. Iss. – P. 193-194.

5. Tikhomirov A.L., Sarsaniya S.I., Filatova G.A. Human papillomavirus: from understanding immunopatho-

genesis to rational management tactics // Gynecology. – 2018. – Vol. 20 (3). – P. 5-11.

6. Khryanin A.A. New opportunities for the prevention of human papillomavirus infection / A.A. Khryanin, O.V. Reshetnikov, L.A. Kolomiets // Bulletin of Dermatology and Venereology. – 2009. – № 5. – P. 49-55.

7. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer / Saslow D., et al. // CA Cancer J. Clin. – 2012. – Vol. 62, № 3. – P. 147-172.

8. Case of rapidly progressing condylomatous squamous cell carcinoma of the uterine cervix associated with low-risk human papillomavirus type 6 // M. Masuda, K. Abiko, S. Minamiguchi, R. Murakami, T. Baba, I. Konishi // J. Obstet. Gynaecol. Res., 2017. doi: 10.1111/jog.13553.

9. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource Stratified Clinical Practice Guideline // J. Global Oncol. March. – 2017.

Координаты для связи с авторами: Порсохонова Деля Фозиловна – д-р мед. наук, старший научный сотрудник, руководитель научной группы по изучению проблем ИППП и репродуктивного здоровья Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан (РСНПМЦДиВ МзРУз), тел. +998-93-3808500, +998-711470210, факс +998-71-2145098, e-mail: delya.porsokhonova@mail.ru; Якубович Андрей Игоревич – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет (ИГМУ) МЗ России, тел. +7-983-243-13-00, e-mail: divanand@mail.ru; Мирсаидова Муниса Абдушукуровна – д-р мед. наук, старший научный сотрудник научной группы по изучению проблем ИППП и репродуктивного здоровья Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан (РСНПМЦДиВ МзРУз), тел. +998-90-9371937, e-mail: munisa876@mail.ru; Росстальная Марианна Леонтьевна – младший научный сотрудник отдела ИППП и репродуктивных нарушений Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии (РСНПМЦДВиК) Минздрава Республики Узбекистан, тел. +998-94-6038973, e-mail: marianna.rosstalnaya@mail.ru; Растегаев Владимир Анатольевич – базовый докторант Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии (РСНПМЦДВиК) Минздрава Республики Узбекистан, e-mail: dr.rastegaev@gmail.com, тел. +998-90-3273651.

