

Вторичная профилактика рака шейки матки путем разработки и реализации системы оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки

Ф.Ф. Бадретдинова, Ш.Х. Ганцев, В.Б. Трубин

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

Контакты: Фларида Фуатовна Бадретдинова fbadretdinova@mail.ru

Изучены результаты комплексного обследования и лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у женщин ($n = 1022$). Дана комплексная оценка социальных и акушерско-гинекологических факторов риска развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки. Разработана система оптимизации диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий с учетом дифференцированного подхода к выбору метода лечения, динамического наблюдения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Определен индивидуальный подход к выбору органосохраняющего или радикального лечения с использованием новых технологий оперативного лечения.

Ключевые слова: шейка матки, фоновые и предраковые заболевания, оптимизация, диагностика, лечение, реабилитация

Secondary prevention of cervical cancer through the development and implementation of a system to optimize diagnostic and therapeutic and rehabilitation measures in the background and precancerous cervical diseases

F.F. Badretdinova, Sh.Kh. Gantsev, V.B. Trubin

Bashkir State Medical University, Ufa

The results of a comprehensive evaluation and treatment of background and pre-cancerous cervical cancer of women were studied ($n = 1022$). There is the complex assessment of social and obstetric gynecological risk factors for cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. A system for optimizing diagnostic, therapeutic, preventive and rehabilitative measures, taking into account the differentiated approach to the choice of treatment, follow-up in the near and long-term postoperative period. An individual approach to the selection of organ presentation or radical treatment using new technologies of surgical treatment are identified. Application of the developed system enabled a statistically significantly improve the results of treatment of background and precancerous cervical disease.

Key words: cervix, precancerous and background disease, optimization, diagnosis, treatment and rehabilitation

Введение. Возникновение и развитие патологических процессов на шейке матки — достаточно сложный и малоизученный процесс [1–4]. Рак шейки матки (РШМ) в настоящее время является наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов во многих странах мира [5, 6]. В настоящее время ключевой концепцией этиопатогенеза РМШ признана вирусная гипотеза, в которой ведущая роль отдается папилломавирусной инфекции [7–11]. Курение также относят к одному из вероятных факторов риска патологии шейки матки. По данным некоторых авторов, с цервикальной интраэпителиальной неоплазией и РШМ ассоциировано курение [12]. Большой практический интерес представляет влияние различных методов контрацепции на возникновение генитальных инфекций и патологии шейки матки. При изучении анамнеза больных РШМ установлено, что длительное использование эстрогенгестагенных препаратов с целью контрацепции увеличивает риск его развития [13]. В возникновении предраковых состояний шейки матки мно-

гие исследователи придают большое значение родовой травме и травме после искусственного аборта. Канцерогенное действие аборта может быть связано с механической травмой эндоцервикса и возможной инфекцией. Таким образом, вопросы этиологии и факторов риска развития заболеваний шейки матки в настоящее время остаются недостаточно изученными [14, 15]. Актуальность данной проблемы требует дальнейших исследований с целью определения климато-географических, профессиональных и бытовых predisposing факторов патологии шейки матки, влияния репродуктивного поведения женщин на заболеваемость, а также выяснения других причин, имеющих значение в этиопатогенезе заболеваний экзоцервикса [16–20].

Цель исследования — улучшение оказания медицинской помощи при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки путем разработки и реализации концепции оптимизации диагностических, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы

Клиническое исследование проведено на базе женской консультации, родильного и гинекологического отделений городской клинической больницы № 8 г. Уфы. В исследование включены женщины с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки ($n = 1022$), получавшие лечение в период с 2002 по 2011 г. В зависимости от ведущих этиологических факторов развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и критериев риска развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), исследуемая группа была разделена на следующие подгруппы: 1) женщины, перенесшие акушерские травмы шейки матки при первых родах ($n = 165$); 2) женщины с сочетанной патологией гениталий: фоновые и предраковые заболевания шейки матки, ассоциированные с папилломавирусной инфекцией аногенитальной области ($n = 221$); 3) пациентки с патологией культи шейки матки ($n = 152$); 4) женщины с лейкоплакией шейки матки ($n = 178$); 5) женщины с дисплазией шейки матки ($n = 306$). Эти подгруппы представляют интерес в отношении изучения этиологических факторов и обоснования диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при оказании медицинской помощи.

Результаты

Средний возраст женщин 1-й подгруппы (женщины, перенесшие акушерские травмы шейки матки при первых родах ($n = 165$)) составил $22,5 \pm 5,9$ года. Женщин 1-й подгруппы разделили на контрольную ($n = 105$) и основную группы ($n = 60$). Пациенткам контрольной группы восстановление акушерских травм шейки матки, обследование и лечение проводилось по общепринятой методике. В основной группе была применена разработанная комплексная система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах. В основной группе разрывы шейки матки ушивались сразу после отделения последа 2-рядными узловыми викриловыми швами, линия швов обрабатывалась препаратом лифузоль. В контрольной группе акушерские травмы шейки матки восстанавливались 1-рядными узловыми кетгутовыми швами. При обследовании через 1–3 года после родов у пациенток контрольной группы выявлена различная патология шейки матки. В контрольной группе ($n = 105$) только у 2 человек шейка матки была без патологии. При обследовании остальных пациенток ($n = 103$) диагностированы следующие патологические процессы: эрозированный эктропион ($n = 66$; 62,9%), лейкоплакия ($n = 19$; 18,1%), атипическая зона трансформации ($n = 5$; 4,7%), рубцовая деформация ($n = 6$; 5,7%), цервицит ($n = 7$; 6,7%). Онкоцитологическое исследование мазков с шейки матки выявило воспалительные изменения ($n = 79$; 75,3%),

лейкоплакию ($n = 19$; 18,1%), дисплазию легкой степени ($n = 5$; 4,7%). Пациенткам контрольной группы после предварительной санации половых путей было произведено лечение диагностированных фоновых и предраковых заболеваний шейки матки: диатермоэлектрокоагуляция ($n = 3$) и лазерохирургическое лечение ($n = 93$). Рецидивы после проведенного лечения у пациенток контрольной группы наблюдались в 15,6% случаев.

Таким образом, при обследовании женщин контрольной группы установлен высокий процент фоновых и предраковых заболеваний шейки, развившихся в отдаленном периоде (рис. 1). Это явилось основанием для разработки комплексной 4-этапной системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий для данного контингента женщин.

На первом этапе выделяются группы риска по возможности возникновения разрывов шейки матки в родах и проводятся профилактические мероприятия соответственно выявленной патологии. Хирургическое восстановление свежих акушерских травм шейки матки в раннем послеродовом периоде производится 2-рядным швом.

На 2-м этапе в женской консультации по окончании послеродового периода проводится комплексное обследование пациенток, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах, диагностика патологии шейки, лечение выявленной сопутствующей патологии гениталий.

На 3-м этапе определяются показания и метод хирургического лечения выявленной патологии шейки матки. Методом выбора лечения является использование высокоинтенсивного лазерного излучения (аппарат «Ланцет-1»). В зависимости от диагностированной патологии шейки матки применяется лазероапоризация, лазероэксцизия, лазероконизация. Ведение послеоперационного периода после лазерохирургического лечения осуществляется по разработанной схеме. По строгим показаниям при сочетании рубцовой деформации, элонгации шейки с глубокими боковыми разрывами применяется реконструктивно-пластическая операция.

Диспансерное наблюдение за женщинами, перенесшими акушерские травмы шейки матки, — 4-й этап. Контрольные осмотры после лазерохирургического лечения осуществляются через 1, 3 и 6 мес, после реконструктивно-пластических операций — через 6 нед, в последующем — 2 раза в год.

Применение разработанной поэтапной комплексной системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при акушерских травмах шейки матки у первородящих женщин позволило статистически достоверно снизить число рецидивов после проведенного лечения у пациенток основной группы по сравнению с контрольной. Средний возраст женщин 2-й подгруппы составил $19,1 \pm 3,1$ года. Методы исследования: клинические, лабораторные, инстру-



Рис. 1. Разрыв шейки матки II степени. Рубцовая деформация и гипертрофия через 1 год после первых родов (пациентка К., 22 года)

ментальные. Использовался молекулярно-биологический метод, направленный на обнаружение частиц ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ). Применялся гистологический метод исследования биоптата шейки матки и остrokонечных кондилом. Эндоскопические методы исследования (вагиноскопия, вульвоскопия, цервикоскопия) проводились с помощью кольпоскопа с видеоадаптером. При кольпоскопическом исследовании шейки матки диагностирована незаконченная зона трансформации (79,6 %), простая лейкоплакия (11,8 %), эндометриоз (4,4 %), CIN I (3,2 %), CIN II (1 %).

Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией, представлена тремя этапами.

На первом этапе проводится комплексное обследование пациенток и этиотропное лечение сопутствующей патологии половой системы соответственно современным установкам. Одновременно обследуется и лечится партнер. Контроль излеченности сопутствующих заболеваний осуществляется повторным взятием мазков на бактериоскопические и бактериологические исследования.

На 2-м этапе проводится лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией с использованием

аппарата «Сургитрон». Одновременно с удалением остrokонечных кондилом проводилась радиодеструкция шейки матки при наличии фоновых и предраковых заболеваний.

Третий этап — рациональное ведение послеоперационного периода с использованием озонированного оливкового масла ОТРИ—Озонид, которое обладает бактерицидным и противовирусным действием, стимулирует репаративные процессы. Эпителизация раневой поверхности после радиоволнового иссечения кондилом и патологически измененных участков шейки матки и последующего применения озонированного оливкового масла происходит через 14–21 день. Контрольные осмотры проводились через 1, 3, 6 мес и 1 год с использованием видеокольпоскопии, взятия мазков на АТК, бактериоскопического и молекулярно-биологического (ПЦР) исследования. Рецидив остrokонечных кондилом в области преддверия влагалища наблюдался через 3 мес в 2,5 % случаев. Фоновые заболевания шейки матки (простая лейкоплакия) диагностированы в 2,1 % наблюдений.

Разработанная комплексная система диагностических и лечебных мероприятий с использованием радиоволнового метода, применения противовирусных антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов, озонированного оливкового масла ОТРИ—Озонид позволила обеспечить эффективность лечения остrokонечных кондилом в 97,5 %, фоновых и предраковых заболеваний шейки матки в 98,4 % наблюдений. Средний возраст женщин 3-й подгруппы — $46,5 \pm 0,42$ года. Из них проходили лечение в онкодиспансере по поводу рака культи шейки матки 20 женщин. Показанием для субтотальной гистерэктомии у женщин данной подгруппы была миома матки ($n = 16$), сочетание доброкачественных опухолей яичников и миомы матки ($n = 4$). Время от субтотальной гистерэктомии до диагностики рака культи шейки матки составило: до 3 лет — $n = 4$; от 4 до 10 лет — $n = 16$. Установлены IIb стадия рака ($n = 12$), III стадия ($n = 6$), IV стадия ($n = 2$). У 18 пациенток, больных раком культи шейки матки, проводилась сочетанная лучевая терапия, у 2 (при IV стадии болезни) — паллиативное лечение. Указанные данные свидетельствуют о запоздалой диагностике рака культи шейки матки.

Анализ результатов комплексного обследования остальных женщин ($n = 132$): все пациентки имели экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии, диффузной или очаговой мастопатией страдали 40,15 % пациенток. У женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию с придатками, диагностирован синдром постовариэктомии (25,9 %). На запоры, дизурические явления жаловались 52 % женщин, на опущение стенок влагалища — 25,7 % пациенток. У 103 женщин при кольпоскопии диагностирована патология культи шейки матки: незаконченная зона трансформации

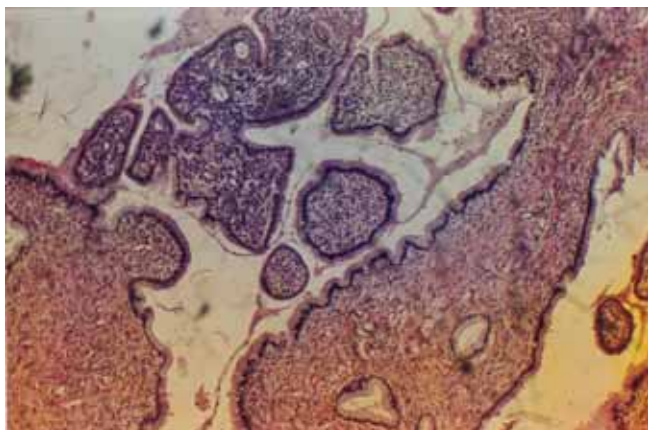


Рис. 2. Папиллярная псевдоэрозия. Клинический диагноз: лейкоплакия в сочетании с эктопией. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 400$ (пациентка А., 21 год)

(52,0 %), простая лейкоплакия (21,3 %), атипическая лейкоплакия (3,9 %), незаконченная зона трансформации на фоне рубцово-измененной шейки матки (6,8 %), миома культи шейки матки (3,9 %), декубитальная язва (4,8 %), эндометриоз (3,5 %), CIN I (1,9 %), CIN II (1,9 %). Разработана система диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для женщин с патологией культи шейки матки. Соответственно разработанной системе для лечения выявленной патологии культи шейки матки использовались лазерохирургический, криохирургический и радиоволновой методы. Экстирпация культи шейки матки (трансабдоминальным, трансвагинальным доступом) применяется при дисплазии, лейкоплакии с базально-клеточной атипией, эрозированном эктропионе с рубцовой деформацией культи шейки матки, гиперпластических процессах слизистой цервикального канала, миоме культи шейки матки, опущении и выпадении культи шейки матки и стенок влагалища.

При лечении патологии культи шейки матки после субтотальной гистерэктомии были задействованы следующие методы: трансвагинальная экстирпация культи шейки матки с кольпоперинеолеваторопластикой выполнена у женщин при сочетанной патологии культи шейки (фоновые и предраковые заболевания культи шейки матки с выпадением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна, $n = 34$), проведена экстирпация культи шейки матки при лейкоплакии на фоне рубцовой деформации трансабдоминальным доступом ($n = 4$). В 26 наблюдениях сделана лазероконизация патологически измененной шейки матки. У 39 женщин проведена лазеродеструкция культи шейки матки при приобретенной эктопии с незаконченной зоной трансформации. Контрольный осмотр через 6 мес после проведенного лечения выявил рецидив лейкоплакии после лазероконизации у 2 женщин, в связи с чем сделана экстирпация культи шейки матки трансвагинальным доступом. Рецидивов

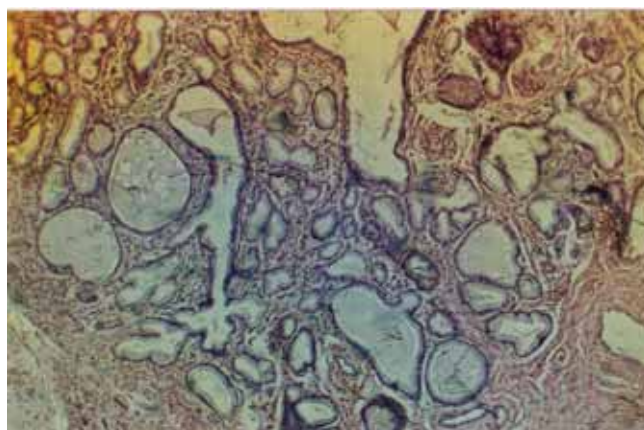


Рис. 3. Сочетание лейкоплакии шейки матки и железистой псевдоэрозии. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$ (пациентка З., 37 лет)

патологии культи шейки матки после лазеродеструкции через 6 мес не выявлено. Таким образом, разработанная система лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию, позволила своевременно диагностировать патологию культи шейки матки, провести индивидуально подобранное лечение (в том числе хирургическое) и получить благоприятные как ближайшие, так и отдаленные результаты. Средний возраст женщин 4-й подгруппы составил $36,6 \pm 12,8$ года. Пациентки были разделены на 2 группы: основную ($n = 80$) и сравнительную ($n = 98$). В основной группе применена разработанная программа оптимизации лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием лазеротерапии, реконструктивно-пластических операций, оптимизации предоперационной подготовки и послеоперационного ведения. В сравнительной группе лечение лейкоплакии проводилось с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения согласно общепринятым установкам. Оценку результатов лазерохирургического лечения у 98 пациенток сравнительной группы проводили через 3 мес. При осмотре шейки матки в зеркалах было установлено: субконическая шейка (26 %), цилиндрическая шейка (74 %), в том числе с рубцовой деформацией (21,6 %). При кольпоскопическом обследовании установлена здоровая шейка матки у 86 (87,8 %) пациенток. Рецидив лейкоплакии диагностирован у 12 (12,2 %) пациенток на фоне рубцово-деформированной шейки матки (рис. 2, 3). У всех 12 женщин с рецидивом лейкоплакии в анамнезе проводилось лечение фоновых заболеваний: диатермохирургическое (7), лазерохирургическое (5).

Разработана научно обоснованная программа оптимизации лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, представленная тремя этапами. Первый этап: в предоперационном периоде — комплексное обследование, проведение санации

генитального тракта в соответствии с выявленным возбудителем согласно современным установкам и проведением контрольного бактериоскопического исследования мазков. Второй этап: дифференцированный подход к выбору метода лечения. Лазероэксцизия с использованием аппарата «Ланцет-1» применяется при простой лейкоплакии. Комбинированный метод лечения лейкоплакии шейки матки сводится к одномоментному применению электроножа для иссечения патологических тканей шейки матки и последующего облучения раневой поверхности высокоинтенсивным CO₂-лазером, целью которого является удаление термического струпа после воздействия электроножа и образование на поверхности раны стерильной биологической коагуляционной пленки. Показания для описанного метода — сочетание лейкоплакии шейки матки с железисто-мышечной гипертрофией и рубцовой деформацией, рецидивирующая лейкоплакия с рубцовой деформацией, сочетание лейкоплакии с дисплазией. Реконструктивно-пластические операции на шейке применяются при лейкоплакии на фоне гипертрофии, удлинения и деформации шейки, обусловленной старыми разрывами. Третий этап: при ведении послеоперационного периода с целью улучшения репаративных процессов через 2–3 дня после радикального лечения лейкоплакии шейки матки используются интравагинальные свечи с метилурацилом. Облучение гелий-неоновым лазером назначается через 2–3 дня после хирургического лечения с помощью аппарата УЛФ-01 («Ягода»). Контрольный осмотр осуществляется через 1 мес (используются ложкообразные зеркала, проводится простая кольпоскопия).

Результаты лечения больных лейкоплакией шейки матки в основной группе: лазероэксцизия проведена у нерожавших женщин с лейкоплакией без атипии ($n = 27$), комбинированный метод применялся у рожавших женщин при сочетании лейкоплакии с железисто-мышечной гипертрофией шейки матки ($n = 36$). В условиях стационара у 17 женщин при сочетанной патологии обнаружены: лейкоплакия, рубцовая деформация и элонгация шейки матки ($n = 10$), лейкоплакия и железисто-мышечная гипертрофия шейки матки ($n = 7$), в том числе сочетанная с дисплазией, произведены реконструктивно-пластические операции. Рецидив заболевания диагностирован через 3 мес у 4 (5%) пациенток после комбинированного лечения. Произведено повторное лазерохирургическое лечение (лазероэксцизия) с благоприятными результатами. Таким образом, разработка и применение программы оптимизации лечения лейкоплакии с использованием новых технологий хирургического лечения позволили улучшить результаты лечения (удельный вес рецидивов снизился с 12,2 до 5%), что является обоснованием для применения разработанной программы в практическом здравоохранении.

В 5-й подгруппе возраст женщин составил 18–65 лет. Заболевание наиболее часто встречалось у женщин в возрасте 41–60 лет (74,8%). Обследованные пациентки представлены 2 группами. В сравнительную группу вошли больные, которым лечение проводилось согласно современным общепринятым установкам ($n = 256$). Основную группу составили женщины, которым при обследовании и лечении применена разработанная система в виде алгоритма диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий ($n = 50$). Комплексная оценка социальных факторов риска развития дисплазии шейки матки показала, что дисплазия чаще выявлялась в возрасте старше 35 лет (74,5%), в том числе 12,7% из них имели профессиональные вредности, из вредных привычек — курение. Комплексная оценка акушерско-гинекологических факторов риска развития дисплазии шейки матки показала, что данная патология возникает чаще у женщин, имевших в анамнезе ≥ 3 аборт (86,1%). При изучении сопутствующей гинекологической патологии установлено, что все пациентки имели в анамнезе вагиниты различной этиологии (100%). Показано, что дисплазия возникает, как правило, на патологически измененной шейке матки (лейкоплакия — 63,5%, рубцовая деформация — 43,4%). В 37,2% дисплазия возникает после проведенного ранее лечения шейки (диатермохирургического). Лечение дисплазии шейки матки в сравнительной группе проводилось следующими методами: диатермохирургический (диатермоконизация — 60,4%), криохирургическим (12,6%), лазерохирургическим (22,5%), экстирпация матки без придатков (4,5%) по поводу сочетания дисплазии с миомой матки. При изучении результатов лечения дисплазии шейки матки в сравнительной группе через 6 мес диагностированы рецидивы заболевания у 20 (7,8%) женщин. Рецидивы заболевания возникли после диатермоконизации.

Разработана и применена система комплексного обследования, дифференцированного подхода к выбору метода лечения, динамического наблюдения в послеоперационном периоде больных с дисплазией шейки матки. Система представлена тремя этапами. Первый этап: комплексное углубленное обследование с применением гистоморфологического исследования с изготовлением серийно-ступенчатых срезов. В предоперационном периоде проводится комплексная этиотропная терапия выявленной сопутствующей патологии гениталий воспалительного генеза. Далее на 2-м этапе осуществляется дифференцированный подход к выбору метода лечения: при дисплазии легкой и умеренной степени применяется метод конусовидной эксцизии шейки — ножевой, диатермоэксцизии, лазерной, ультразвуковой или радиоволновой конизации, причем патологически измененный участок должен иссекаться в пределах здоровых тканей. Применяется

новая технология реконструктивно-пластической операции при дисплазии на фоне элонгированной, деформированной старыми глубокими боковыми разрывами шейки матки и опущением стенок влагалища у рожавших женщин репродуктивного возраста. Экстирпация матки без придатков или с придатками (в зависимости от их состояния) показана: при дисплазии — на фоне резко укороченной рубцово-деформированной шейки после ранее проводимого (многократного) лечения по поводу фоновых и предраковых заболеваний и при сочетании дисплазии шейки матки с миомой матки, кистой яичника, при опущении и выпадении матки и несостоятельности мышц тазового дна. При дисплазии культи шейки матки (после ранее проведенной операции надвлагалищной ампутации матки) показана экстирпация культи шейки матки. Применялось лечение следующими методами: комбинированный метод ($n = 17$) (конизация электроножом с последующим облучением CO_2 -лазером), лазероконизация ($n = 15$), криоконизация ($n = 5$), реконструктивно-пластическая операция ($n = 5$), экстирпация матки ($n = 5$), экстирпация культи шейки матки ($n = 3$). Осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. При обследовании шейки матки через 1 мес установлена кольпоскопически здоровая шейка

матки. Таким образом, применение системы углубленного комплексного обследования при дисплазии шейки матки с дифференцированным выбором операций с использованием новых технологий и разработки показаний к радикальной операции (экстирпация матки) позволило улучшить результаты лечения (отсутствие рецидивов дисплазии шейки матки у женщин основной группы).

Заключение

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что, учитывая ведущие этиологические факторы развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и критерии риска развития CIN и РШМ, разработанная система оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий с дифференцированным подходом к выбору органосохраняющего или радикального лечения, ведению ближайшего и отдаленного послеоперационного периода, позволяет статистически достоверно улучшить результаты лечения. Представленные данные подтверждают актуальность темы и необходимость улучшения оказания медицинской помощи при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки в целях профилактики РШМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. М.: МЕДпресс, 2005. 432 с.
2. Кустаров В.Н., Линде В.А. Патология шейки матки. СПб.: Гиппократ, 2002. 144 с.
3. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М.: Аэрограф-медиа, 2001. 112 с.
4. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика. Минск: Вышэйшая школа, 2000. 368 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2002. С. 195–229.
6. Кузнецов В.В. Рак шейки матки. Клиническая онкогинекология. Под ред. В.П. Козаченко. М.: Медицина, 2005. С. 101–54.
7. Сельков С.А. Ранняя диагностика и лечение предраковых состояний шейки матки. Акушерство и гинекология 2005;3:17–28.
8. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки. Гинекол 2001; 3(3):677–81.
9. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 192 с.
10. Кулаков В.И., Аполихина И.А., Прилепская В.Н. и соавт. Современные подходы к диагностике папилломавирусной инфекции гениталий у женщин и их значение для скрининга рака шейки матки (обзор литературы). Гинекол 2000; 1(2):4–8.
11. Лебедева М.И. Состояние иммунитета у женщин с ВПЧ-ассоциированными цервицитами. Лебедева М.И. Тезисы конференции «Шейка матки и генитальные инфекции». М., 2006. С. 34–6.
12. Мейскенс Ф., Пател Д. Профилактика рака шейки матки: курение и вирус папилломы человека. Вестн РОНЦ 2007;18(1):3–9.
13. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции. М.: МЕДпресс, 2010. 448 с.
14. Чиссов В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2006 г. М., 2007. 178 с.
15. Заболевания шейки матки: Руководство / Под ред. Ш.Х. Ганцева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 168 с.
16. Вакцины для профилактики рака шейки матки. Под ред. П.Л. Стерна, Г.С. Китченера. М.: МЕДпресс, 2009. 192 с.
17. Козаченко В.П. Современное состояние проблемы рака шейки матки: Клинические лекции / Под ред. В.Н. Прилепской, 2-е изд. М.: МЕДпресс, 2000. С. 133–8.
18. Laslo Szalay, Ungar L. Cervical Pathology. Colposcopy and Cytology. Tutorial. Cytosza Publishing, Gybr Hungary 2007. 444 p.
19. Shafi M., Naseer S. Colposcopy. A practical guide. Fivepin Ltd., 2006.
20. Schiffman M., Castle P.E. The promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med 2005;353(20):2101–4.