

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1
Максикова Татьяна Михайловна — заместитель главного врача, к.м.н.,
Пивень Дмитрий Валентинович — проректор, заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.,
Калягин Алексей Николаевич — проректор, заведующий кафедрой, д.м.н.

© ПОПОВА Ю.Н., КУЛИНИЧ С.И. — 2011
УДК 618.1-02:6.18.39:615.256.55

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ НА СТРУКТУРУ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТОВ

Юлия Николаевна Попова, Светлана Ивановна Кулинич
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. Для прерывания беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи), а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений нами было проведено на базе Иркутского городского перинатального центра за 2 года 115 медикаментозных аборт (основная группа). Группу сравнения составили 82 женщины после искусственного аборта за этот же год. После медикаментозного аборта число ранних осложнений составило 3,5%. Поздние осложнения не наблюдались. При искусственном аборте повторное выскабливание потребовалось у 12,5% женщин, имели место воспалительные процессы матки, подтвержденные клинико-лабораторными методами обследования.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, искусственный аборт, мифепристон, мизопростол.

THE INFLUENCE OF CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS AND APPENDAGES ON THE STRUCTURE OF COMPLICATIONS AFTER MEDICAL AND ARTIFICIAL ABORTION

Y.N. Popova, S.I. Kulich
(Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education)

Summary. For interruption of early pregnancy (up to 42 days of amenorrhea), and a comprehensive evaluation of early and late complications, we carried out 115 medical abortion during 2 years (main group) in the City Perinatal Center. 82 women after artificial abortion during the same year were the group of comparison. After a medical abortion, a number of early complications was 3.47%. Late complications were not observed. For artificial abortion repeated scraping required 12.5% of women, inflammatory changes in the uterine cavity were observed, confirmed by clinical and laboratory methods of examination.

Key words: medical abortion, artificial abortion, mifepristone, misoprostol.

Тема аборта актуальна, так как, несмотря на достигнутые в течение последнего десятилетия успехи в снижении частоты искусственного прерывания беременности, его удельный вес в структуре материнской смертности продолжает оставаться высоким. Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах (ВОЗ, 1994, 1999). Статистические данные по регионам России свидетельствуют о том, что каждая шестая женщина нуждается в медицинской помощи в связи с осложнениями после аборта [4]. У 10-20% женщин аборт осложняется воспалительными заболеваниями женских половых органов, которые возникают как в раннем, так и позднем послеабортном периодах. Эндокринные заболевания развиваются в основном в более отдаленные сроки у 40-70% [2]. Учитывая демографическую ситуацию в России в последние годы, особенно тревожно сочетание данных цифр с ростом патологии репродуктивной системы современных женщин. Таким образом, на сегодняшний день приоритетными задачами акушера — гинеколога становятся снижение числа аборт, где ведущим направлением является широкое распространение современных и эффективных методов контрацепции, а также сохранение репродуктивного здоровья женщины. Так как женщины все же продолжают регулировать рождаемость с помощью абортов, на первое место выходит задача поиска безопасных путей прерывания беременности с сохранением репродуктивного здоровья и отказ от устаревших технологий (дилатации и кюретажа), которые ведут к травматизации нервно-мышечного аппарата шейки матки и способствуют развитию истмико-цервикальной недостаточности, инфицированию эндометрия и бесплодию.

В последнее время наряду с традиционным хирургическим прерыванием беременности и мини-абортом во

многих странах мира все большее число женщин прибегают к медикаментозному аборту с использованием антипрогестинов. В России использование этого метода разрешено с применением мифепристона при сроках, не превышающих 42-дневного срока беременности [6]. Механизм abortивного действия мифепристона основан на его антипрогестероновом эффекте, обусловленном блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов эндометрия и миометрия, что в свою очередь приводит к подавлению развития трофобласта, повреждению и отторжению децидуальной оболочки, появлению маточных сокращений и кровотечения [5]. Медикаментозное изгнание плодного яйца является менее травматичным по сравнению с кюретажем или вакуум-эксхолеацией [3]. Однако, с другой стороны, при медикаментозном аборте следует ожидать более длительного нахождения отторгшихся некротических тканей в полости матки и более значительного объема потери крови после него, и это состояние является хорошей питательной средой для патогенной флоры. Поэтому, представляется актуальным сравнительное изучение осложнений после различных методов прерывания беременности.

Метод вакуум-эксхолеации в большинстве случаев, сопровождается наличием осложнений, и эффективен лишь при использовании во время проведения аборта УЗИ для визуализации подведения канюли вакуум-асpirатора к плодному яйцу. На практике этот метод контроля удаления плодного яйца почти не используется, и в 95% случаев вакуум-асpirация также заканчивается кюретажем, поэтому в дальнейшем мы не будем разделять эти 2 метода, обозначая их как искусственный аборт.

Состав микрофлоры влагалища женщины является фактором, оказывающим непосредственное влияние на развитие инфекционно-воспалительных осложнений во время аборта [1]. Используемый в большинстве случаев

метод качественной ПЦР для оценки состава урогенитальной микрофлоры не дает должной информации, так как условно-патогенные микроорганизмы могут присутствовать как при патологических состояниях, так и в норме. Решающее значение имеет количественная оценка условно-патогенных микроорганизмов в сравнении с нормофлорой. Отклонения в биоценозе влагалища различной степени выраженности требуют лечения для профилактики инфекционных осложнений, связанных с условно-патогенными агентами.

Цель работы: определить эффективность медикаментозного и искусственного абортов, изучить влияние хронических воспалительных заболеваний матки и придатков на структуру осложнений после медикаментозного и искусственного абортов, повысить безопасность аборта у женщин группы высокого риска по развитию осложнений.

Материалы и методы

Для прерывания беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи), а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений нами было проведено на базе Иркутского городского перинатального центра за 2 года 115 медикаментозных абортов (основная группа). Группу сравнения составили 82 женщины после искусственных абортов за этот же год. В работе с больными соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциацией (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000).

При обследовании женщин тщательно изучался анамнез: возраст, начало и особенности менструальной функции и половой жизни. Выяснялись характер и длительность течения различных заболеваний и их осложнения, имели ли место хирургические вмешательства.

Сопутствующая соматическая патология из 197 обследованных женщин имела место у 34 (17,2%) пациенток без тяжелых экстрагенитальных болезней. Гинекологические заболевания перенесли 16 (8,1%) женщин основной группы: у 7 был рубец на матке (после операции кесарева сечения), у 8 — субсерозные и интерстициальные узлы (диаметр узлов не превышал 3 см., а общий объем матки 8 недель), у 1 — полное удвоение полового аппарата; а также у 26 (13,2%) пациенток обнаружен хронический цервицит, ассоциированный с бактериальным вагинозом и у 3% с трихомонозом. Частота соматической патологии в обеих группах была практически одинаковой (16,5% и 18,0%).

При анализе основной и группы сравнения установлено, что они были однородными по возрастному составу, при этом большинство женщин находилось в возрастной группе 21-30 лет (81,0%). Общая гинекологическая заболеваемость в основной группе составила 31,3%, в группе сравнения — 37,0%. Количество повторно- и первобеременных в обеих группах было 60% и 40% соответственно.

Перед абортом все пациентки обследованы по протоколу: тест на беременность, УЗИ, общий анализ крови, ВИЧ, RW, группа крови, HBS, HCV Ag, мазок на флору и онкоцитологию из цервикального канала шейки матки и экзцервикса, протокол КПС.

Медикаментозный аборт проводился в сроки: у 20 (17,4%) — в 4-5 недель, у 95 (82,6%) — в 5-7 недель беременности. Пациентки получали препараты по общепринятой схеме: 600 мг/мифепристона внутрь, затем через 24 часа 400 мг/мизопростол 2 раза с интервалом 3 часа под наблюдением врача. Искусственный аборт проводился в сроки 6-7 недель беременности в условиях дневного стационара Иркутского городского перинатального центра.

С пациентками основной группы поддерживалась постоянная телефонная связь (оценка начала изгнания плода, степень выраженности болевого симптома и объема кровопотери).

Наряду с обычными методами обследования (клиническими, биохимическими, микробиологическими, лабораторными) в работе использованы: в динамике (на 3 и 9 день) всем женщинам биохимическое исследование крови — наличие в плазме крови С-реактивного белка (СРБ). СРБ — один из наиболее чувствительных маркеров воспаления. Как только в организме появляется чужеродный агент (бактерии, вирусы, частицы некротизированной ткани), он запускает синтез СРБ (который преимущественно происходит в печени). При этом концентрация СРБ в сыворотке возрастает очень быстро (в первые 6-8 часов) и весьма значительно (в 20-100, а иногда и в 1000 раз). Плодного яйца после медикаментозного и после искусственного абортов исследовали гистологически (собиралось пациенткой во флакон с 40% раствором формалина). Производились посевы из матки на флору и чувствительность к антибиотикам на 2 день после прерывания беременности всем женщинам (при медикаментозном аборте после отторжения плодного яйца). Ультразвуковое исследование выполняли дважды на 3-4 и 12-14 дни после прерывания беременности (со дня приема препарата «Мифепристон»). При этом оценивалось содержимое полости матки на наличие остатков плодного яйца, крови, толщины и однородности эндометрия.

Гистологическое исследование плодного яйца после медикаментозного и искусственного абортов позволяет судить об уровне бактериальной обсемененности и наличии хронического воспаления матки к моменту проведения аборта. Чтобы проследить влияние травмирующего действия кюретажа при искусственном аборте, а также длительного нахождения плодного яйца, задержки частей плодного яйца в матке при медикаментозном аборте у пациенток группы высокого риска инфекционных осложнений, использовались посевы из полости матки у всех пациенток.

115 женщинам после медикаментозного аборта (основная группа) и 82 женщинам после искусственного аборта (группа сравнения) была проведена кольпоскопия до прерывания беременности и через 2 месяца после ее прерывания на кольпоскопе «Sensitec» с увеличением в 25 раз после обработки эпителия шейки матки 5% раствором уксусной кислоты.

Для статистического анализа полученных результатов была сформирована база данных, в которую вносили качественные и количественные признаки. В работе применялся весь спектр современных статистических методов, используемых в медицине (описательной статистики, нелинейной регрессии, кластерный анализ). Обработка статистических баз данных производилась при помощи программного обеспечения Statistica 6.0. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

В основной группе изгнание плода при медикаментозном аборте произошло на 2 день у 10 (8,7%), на 3 день — у 105 (91,3%) женщин. Кровянистые выделения продолжались до 10 дней у 33 (28,8%), до 20 дней — у 77 (66,9%), до 30 дней в виде мажущих кровянистых выделений — у 5 (4,3%). У женщин с кровянистыми выделениями до 10 дней кровоостанавливающая терапия не проводилась. При продолжающихся кровянистых выделениях свыше 10 дней, женщины получали симптоматическое лечение (этамзилат, транексамовую кислоту, настой крапивы) до гемостаза, у 1 пациентки проведен гормональный гемостаз — на 30 день с хорошим эффектом. Нами не выявлено статистической значимости изменений уровня гемоглобина до и после прерывания беременности, несмотря на длительные кровянистые выделения, он сохранялся в пределах 132-140 г/л.

Болевой синдром при изгнании плода купировался дротаверином или спазмолитиками, был выражен у нерожавших женщин.

Ранние осложнения в основной группе были у 10 (8,7%) женщин в виде остатков плодного яйца. У 1 пациентки на прием препаратов возникла рвота с коллапсом, аборт завершен инструментально. У 2 (1,7%) остатков плодного яйца, выявленные при УЗИ исследовании, изгнаны дополнительным приемом 400 мг мизопростол, матка опорожнилась полностью. У 7 (6,1%) женщин действие мифепристона и дополнительной сокращающей терапии не оказали должного эффекта, по данным УЗИ выявлены остатки плодного яйца. Повторное УЗИ таким женщинам проводилось после следующей нормальной менструации. У 4 (3,5%) пациенток остатков не обнаружено, у 3 (2,6%) аборт был завершен инструментально под контролем гистероскопа. В течение 3 месяцев нарушения менструального цикла имели место у 15 (13%) пациенток (гиперполименорея). Менструации нормализовали с помощью комбинированных оральных контрацептивов.

Таким образом, инструментальные опорожнения матки выполнены у 4 (3,5%) женщин после медикаментозного прерывания беременности.

При искусственном аборте повторное выскабливание потребовалось у 10 (12,19%) женщин по поводу остатков хориальной ткани и гематометры.

Гистологическое исследование абортусов было произведено у всех женщин после медикаментозного аборта и после искусственного аборта. После медикаментозных абортусов — ворсины хориона и децидуальная ткань имели выраженную лейкоцитарную инфильтрацию у 15 (13,04%) женщин, а после искусственных абортусов у 19 (23,1%) женщин абортусы были инфицированы, имелась лейкоцитарная инфильтрация, гистициты и макрофаги в большом количестве. Таким образом, группу высокого риска инфекционных осложнений после медикаментозных и искусственных абортусов составили 34 (17,2%) пациентки. При определении С-реактивного белка в сыворотке крови на третий день после прерывания беременности, было выявлена следующая зависимость: у 98% пациенток группы высокого риска инфекционных осложнений после медикаментозного аборта наблюдались значения С-реактивного белка были в пределах до 1 мг/л, после искусственных абортусов колебания уровней С-реактивного белка были от 15 до 27 мг/л и в среднем составили $21 \pm 0,5$ мг/л.

Посевы из матки производили на второй день после прерывания беременности и опорожнения матки, при этом выявлено, что у 97,7% женщин группы высокого риска после искусственного аборта высевалась условно-патогенная флора (энтеробактерии, стрептококки, энтерококки, стафилококки, неферментирующие грамотрицательные микроорганизмы, гемофилы, коринебактерии, грибы рода *Candida*) в количественном отношении превышающая 10^4 КОЕ. После опорожнения матки при медикаментозном аборте условно-патогенная флора высевалась в 10^2 – 10^3 КОЕ.

Все женщины с наличием в биохимическом анализе крови С-реактивного белка превышающего 10 мг/л, и посевом из полости матки с превышением бактериальной флоры более 10^4 КОЕ получили антибактериальную терапию с учетом чувствительности к антибиотикам.

Контроль С-реактивного белка у всех женщин после медикаментозного и искусственного абортусов проводился на 9-й день после прерывания беременности (на 7-й день после лечения), его показатели нормализовались и не превышали 1 мг/л.

Кольпоскопическое обследование шейки матки показало, что из 115 женщин, поступивших на медикаментозное прерывание беременности, у 26 имел место хронический цервицит. Через 2 месяца, при повторной кольпоскопии, у всех пациенток после медикаментозного аборта сохранились прежние картины цервицита.

При кольпоскопии шейки матки 82 пациенток перед искусственным абортом у 29 пациенток имела место картина хронического цервицита. Через 2 месяца при повторной кольпоскопии: у 2 женщин с хроническим

цервицитом была травмирована шейка матки пулевыми щипцами (разрыв шейки матки) во время проведения операции, у 5 женщин сохранялись признаки травматического воздействия на шейку матки пулевых щипцов и расширителей в виде усиления сосудистого рисунка и увеличения зоны трансформации.

Из результатов исследования биотопов влагалища с использованием системы «Фемофлор» женщин основной группы при проведении медикаментозного аборта у 29 (25,22%) был нормоценоз, у 86 были различные проявления инфекционных поражений: у 22 (19,1%) женщин — умеренный анаэробный дисбаланс, у 31 (26,9%) — умеренный анаэробно-аэробный дисбаланс, у 30 (26,1%) — выраженный анаэробный дисбаланс, у 1 (0,9%) — выраженный аэробный дисбаланс, и у 2 (1,7%) — выраженный аэробно-анаэробный дисбаланс. Все 86 (74,8%) женщин с нарушением биоценоза влагалища получили лечение комбинированным препаратом «Сафоцид» 4 таблетки одномоментно (флуконазол 0,15 — противогрибковое средство, азитромицин 1,0 — антибиотик группы макролидов, секнидазол 1,0 — противомикробное и противопротозойное средство). Все женщины предупреждались о необходимости в период лечения избегать употребления алкоголя. Осложнений и побочных действий не выявлено. Несмотря на инфицированность влагалища и шейки у женщин в постабортном периоде после медикаментозного аборта эндометрит не развивался.

Таким образом, после медикаментозного аборта число ранних осложнений составило 3,5%. Поздние осложнения не наблюдались. Постабортные осложнения после искусственного аборта имели место у 12,2% (остатки плодного яйца, гематометра, эндометриты).

Эффективность медикаментозного аборта по нашим данным составляет 96,5%.

Медикаментозный аборт показано проводить только в условиях лечебного учреждения под контролем врача акушера-гинеколога и соблюдением известных стандартов:

- консультировать женщин с предоставлением информации и поддержкой ее выбора метода аборта или прерывания беременности;
- препараты для проведения аборта должны предоставляться лечебным учреждением, имеющим лицензию;
- для профилактики инфекционных осложнений при изменении биоценоза влагалища рекомендовать Сафоцид 4 таблетки одномоментно;
- дополнительно назначать мизопростол 400 мг. однократно при задержке изгнания плодного яйца или окситоцин 5 ЕД 2 раза в день — 3 дня;
- проводить выскабливание полости матки только при несостоявшемся аборте или патологическом кровотечении (более 4 прокладок за 2 часа), остальные пациентки требуют наблюдения и выжидательной тактики (остатки плодного яйца, гематометра) с последующим контролем УЗИ после менструации;
- рекомендовать прием комбинированных оральных контрацептивов, содержащих не менее 30 мг этинилэстрадиола (Регулон, Линдинет, как более доступных в ценовом отношении препаратов для различных социальных групп населения) после опорожнения матки (по данным УЗИ) в качестве гемостаза и контрацепции [7].

Таким образом, медикаментозный аборт является щадящим методом прерывания нежелательной беременности, наиболее способствующим сохранению репродуктивного здоровья женщин, так как частота осложнений в 3 раза меньше, чем устаревшая методика дилатации шейки и кюретажа матки. Медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках с применением мифепристона-мизопростола эффективно и более безопасно. Серьезных долгосрочных рисков, связанных с медикаментозным абортом не зарегистрировано. Они маловероятны в связи с кратковременностью воздействия препарата. Кюретаж матки способствует распространению инфекционных агентов в организме,

вызывая наличие общевоспалительных реакций, требующих соответствующего антибактериального лечения. Отдаленные осложнения после хирургического аборта

связаны в большом проценте с потерей репродуктивной функции, после медикаментозного аборта беременность наступает в следующем менструальном цикле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворошилина Е.С., Кротова А.А., Хаятин Л.В. Количественная оценка биоценоза влагалища у беременных женщин методом ПЦР в реальном времени // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. — М., 2008. — С. 45-46.
2. Гурьева В.А., Левченко И.М., Хетагурова Г.И. Особенности инволюции матки и иммунного статуса у женщин после прерывания беременности в раннем сроке на фоне реабилитационной терапии // Проблемы клинической медицины. — 2007. — №1. — С. 92-97.
3. Коваленко М.В. Клиника, диагностика и лечение острого эндометрита после искусственного прерывания беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 31 с.
4. Краснополский В.И., Серова О.Ф., Т. Мельник Т.Н. Новые возможности медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2006. — Т. 6, № 2. — С. 35-37.
5. Кулаков В.И. и др. Фармакокинетика мифепристона и кинетика β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГ) и прогестерона в плазме крови беременных женщин при медикаментозном прерывании ранней беременности // Эксперим. и клин. фармакол. — 2004. — Т. 67, № 2. — С. 55-58.
6. Радзинский, В.Е., Чередниченко Т.С. Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности и здоровье их младенцев // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. Серия «Медицина». — 2002. — №1. — С. 108-112.
7. Тихомиров А.Л., Лубинин Д.М. Медикаментозное прерывание беременности на малом сроке: научное издание // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2006. — Т. 5, № 1. — С. 115-119.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Горького, 36, тел. (3952) 383576, e-mail: eremeeva71@mail.ru

Попова Юлия Николаевна — аспирант

Кулинич Светлана Ивановна — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.

© СВЕРДЛОВА Е.С., ДИАНОВА Т.В., КАМЕНЩИКОВА Н.В. — 2011
УДК 618.1-006 (035.3)

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Елена Семеновна Свердлова, Татьяна Валерьевна Дианова, Наталья Валерьевна Каменщикова
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. Герпетическая и папилломавирусная инфекции являются одной из значимых медико-социальных проблем в гинекологии и клинической вирусологии. Папилломавирусы — единственная группа вирусов, для которых доказана индукция опухолей у человека. Обследованы 1422 женщины в возрасте от 20 до 34 лет. Цервицит, ассоциированный с вирусом простого герпеса-2, диагностирован у 1,2% пациенток. Цервицит, ассоциированный с папилломавирусной инфекцией, диагностирован у 13,0% женщин, причем у 84,9% — обнаружены 16 и 18 генотипы вируса папилломы человека (ВПЧ). Установлено, что постлечебный мониторинг важен только при папилломавирусной инфекции и должен включать цитологическое исследование, кольпоскопию, полимеразная цепная реакция на ВПЧ через 3, 6, 12 месяцев после лечения.

Ключевые слова: вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, заболевания шейки матки.

VIRAL DISEASES OF THE NECK OF UTERUS

E.S. Sverdlova, T.V. Dianova, N.V. Kamenshchikova
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. Herpes and HPV (human papilloma virus) infection are the most significant medical and social problems in gynecology and clinical virology. Papillomaviruses — the only group of viruses, which have proven to induce tumors in humans. The study included 1,422 women aged 20 to 34 years. Cervicitis associated with HSV-2 (herpes simplex virus) was diagnosed in 1.2% of patients. Cervicitis associated with HPV infection was diagnosed in 13.0% of women, in 84.9% of women 16 and 18 genotypes of HPV have been detected. It has been established that post-treatment monitoring is significant only in PVI and should include cytology, colposcopy, PCR (polymerase chain reaction) to HPV through 3, 6, 12 months after treatment.

Key words: herpes simplex virus, human papilloma virus, the disease of the cervix.

Отсутствие жалоб и четкой клинической картины заболевания вызывает определенные трудности в диагностике вирусных поражений шейки матки. Тем временем вирус папилломы человека выявляется у 13-25% населения [1, 5], а вирус простого герпеса в 70-90% исследований, что приобретает особую значимость для женщин репродуктивного возраста [4]. Герпетическая и папилломавирусная инфекции являются одной из значимых медико-социальных проблем в гинекологии и клинической вирусологии. Папилломавирусы — единственная группа вирусов, для которых доказана индукция опухолей у человека. Эпидемиологические и вирусологические исследования подтверждают, что, по крайней мере, 95%

всех плоскоклеточных раков шейки матки содержат ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) [2,3]. Необходимость использования различных диагностических приемов, каждый из которых в отдельности не может гарантировать высокоточную диагностику степени поражения шейки матки, а также отсутствие утвержденных лечебных алгоритмов и стандартов последующего наблюдения за пациентками с заболеваниями шейки матки вирусного генеза (за исключением стадий инвазивного рака) обусловили актуальность изучаемой проблемы.

Цель работы: выявить диагностические критерии и разработать лечебный алгоритм при вирусных поражениях шейки матки.