

ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ АЛГОРИТМИ ПРИ ПЕРЕДРАКОВІЙ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ

Н.Г. Скурятіна

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Резюме

У статті наведено результати обстеження 47 жінок, які були взяті на облік з приводу вагітності з передраковими станами шийки матки, віком від 23 до 35 років. Діагностовано дисплазію легкого ступеня (CIN1) — в 34 (72,3%), дисплазію середнього ступеня (CIN2) — в 11 (23,4%) і важку дисплазію (CIN3) — у 2 (4,3%) пацієнток. Діагностично-лікувальний алгоритм ведення вагітних із дисплазією шийки матки включав два етапи: I етап — первинне обстеження при взятті на облік (цитологічне, мікробіологічне дослідження, проста і розширена кольпоскопія); II етап — лікування урогенітальної інфекції, динамічне цитологічне і кольпоскопічне обстеження 1 раз на три місяці під час вагітності і через 6-8 тижнів після пологів; при CIN3 — гістологічне дослідження, остаточне лікування після пологів. Показано, що дотримання діагностично-лікувальних заходів при дисплазії шийки матки — основа профілактики і раннього виявлення раку шийки матки в жінок репродуктивного віку.

Ключові слова

Дисплазія шийки матки, цитологічне дослідження, розширена кольпоскопія, урогенітальна інфекція.

Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні патології шийки матки, дана проблема залишається однією з важливіших в акушерстві та гінекології. Особливу актуальність набуває проблема захворювань шийки матки у вагітних жінок [1]. Патологічні зміни шийки матки, що виникають до або під час вагітності, можуть впливати на перебіг вагітності й пологів. Частота патології шийки матки у вагітних становить 80% [1]. За даними літератури, в структурі захворювань шийки матки екзо- й ендocerвіцити становлять 76-90%, дисплазії — 33%,

© Н.Г. Скурятіна

ектопії — 22-25%, поліпоподібні утворення — 10% [1, 2].

Вагітність як фізіологічний стан із властивими їй специфічними особливостями метаболізму та імунного статусу може мати несприятливий (стимулюючий) вплив на клінічний перебіг патологічних станів шийки матки і в подальшому зумовлювати виникнення раку. Рак шийки матки посідає перше місце серед пухлин, асоційованих із вагітністю, і становить, за даними різних авторів, 0,45-3,1% [1, 3, 4].

Доведено, що чинниками ризику передракових станів і раку шийки матки під час вагітності, як і в невагітних жінок, є урогенітальні



інфекції, серед яких найбільш значущим є вірус папіломи людини (ВПЛ) високого канцерогенного ризику [5]. Дослідження останніх років виявило пропорційне підвищення частоти ВПЛ під час вагітності (28-31%) порівняно з невагітними жінками (12,5-18,6%) [6]. Відмічено зростання кількості ВПЛ-позитивних пацієнток із I триместру (20,9%) до III триместру вагітності (46%) і значне зниження його після пологів (17,5%) [6]. Висока частота виявлення ВПЛ під час вагітності зумовлена, з одного боку, активацією процесів метаплазії циліндричного епітелію, який є найбільш чутливим до ВПЛ саме під час метаплазії, з другого — гормональними змінами, які відіграють роль у стимуляції реплікації вірусу [6].

При обстеженні вагітних жінок слід пам'ятати про те, що під час вагітності відбуваються фізіологічні зміни шийки матки, що може ускладнювати виконання діагностичних процедур і впливати на інтерпретацію клінічних даних.

Функціональні зміни відбуваються в різних шарах шийки матки. У стромі спостерігається деструкція колагенових волокон з одночасним накопиченням глікопротеїнової субстанції. Утворюються нові кровоносні судини, збільшується матковий кровотік для підтримки росту плода. Строма інфільтрується лейкоцитами, лімфоцитами та нейтрофілами [4, 5]. Наслідком цих змін при вагітності є збільшення в розмірах, розм'якшення, гіперваскуляризація, зміна кольору шийки матки [4].

У багатошаровому плоскому епітелії піхвової частини шийки матки під час вагітності з'являється велика кількість клітин, які діляться з порушенням диференціації. Слизова оболонка цервікального каналу гіпертрофується за рахунок збільшення в розмірах клітин циліндричного епітелію і посилення в них процесів слизовиділення, що перешкоджає проникненню патогенної мікрофлори. За рахунок гіпертрофії резервних клітин утворюються поліподібні вирости. На окремих ділянках має місце метаплазія циліндричного епітелію в багатошаровий плоский [1, 4].

При кольпоскопічному дослідженні під час вагітності відмічається набряк епітелію, посилення продукції слизу, збільшення в розмірах залоз. Із II триместру спостерігається набряк і гіпертрофія сосочків слизової цервікального каналу (фізіологічна ектопія циліндричного епітелію), при обробці 3% водним розчином Люголя визначаються білі плями

метаплазованого епітелію на тлі вираженого судинного рисунка [1, 6]. При цитологічному дослідженні визначається активний цитоліз клітин із наявністю великої кількості «порожнистих ядер» [6, 7]. Вищезазначені фізіологічні зміни шийки матки під час вагітності, які регресують протягом 2-4 місяців після пологів, зумовлюють збільшення числа як хибнопозитивних, так і помилково негативних результатів кольпоскопічного і цитологічного досліджень [6, 8].

Для уточнення діагнозу при підозрі на злоякісний процес під час проведення цитологічного скринінгу необхідно виконання гістологічного дослідження на етапі поглибленої діагностики. На сьогодні залишається відкритим питання про метод отримання матеріалу для гістологічного дослідження під час вагітності: прицільна біопсія під контролем кольпоскопії, множинна квадрантна біопсія чи конізація шийки матки. Проведені дослідження показали, що біопсія під контролем кольпоскопії є найбільш адекватним методом діагностики раку шийки матки у вагітних [6-8].

До передракових станів шийки матки належать дисплазії або цервікальні інтраепітеліальні неоплазії (англ. cervical intraepithelial neoplasia — CIN). Дисплазії різного ступня важкості спостерігаються в 1,3-2,2% акушерських пацієнток, аномальні результати цитологічних мазків діагностуються в 5% вагітних [6, 7, 9]. Особливо складна ситуація складається при виявленні дисплазії в I триместрі вагітності, адже у випадку доношування вагітності попереду тривалий період очікування при неможливості виключення інвазивного процесу і невизначені ризики прогресування захворювання. Діагноз передраку й раку шийки матки ставить перед важким вибором вагітну жінку, її родину й медичний персонал. Прірва між радістю народження нового життя й жахом діагнозу злоякісної пухлини створює багато психологічних і етичних проблем [6, 8].

При виявленні важкої дисплазії або *Ca in situ* під час вагітності більшість лікарів радять перервати вагітність, що не відповідає світовим рекомендаціям, спрямованим на збереження вагітності. Прогресування до інвазивного раку відбувається до десяти років від моменту інфікування ВПЛ і виникає не більш ніж у 50% жінок із важкою дисплазією [8]. За даними літератури, регресія CIN2 і CIN3 спостерігається приблизно в 30% жінок після пологів [6]. Тривалий період розвитку інва-

зії і можливість регресу передракових станів шийки матки дають надію щодо сприятливих результатів при доношеній вагітності.

Таким чином, своєчасне виявлення та лікування передракових станів шийки матки має суттєве значення для сприятливого перебігу вагітності і пологів, а також профілактики раку шийки матки.

Мета дослідження — провести оцінку ефективності діагностично-лікувальних алгоритмів при передракових захворюваннях шийки матки у вагітних.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебувало 47 жінок, які були взяті на облік з приводу вагітності з передраковими станами шийки матки, віком від 23 до 35 років. Діагноз дисплазії різного ступеня важкості встановлювали за наявності аномальних цитологічних мазків у малих термінах вагітності.

Обстеження кожної жінки, крім загальноклінічних методів досліджень, відповідно до наказів МОЗ України № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» та № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги «Доброякісні та передракові захворювання шийки матки», включало кольпоскопічне, цитологічне та мікробіологічне дослідження.

При кольпоскопічному дослідженні оцінювали стан епітелію і стикування різних його типів, рельєф поверхні шийки матки, стан підлеглої сполучної тканини. Розширена кольпоскопія включала огляд та оцінку стану піхвової частини шийки матки, піхви та вульви при збільшенні в 7-30 разів із використанням низки епітеліальних тестів для визначення реакції тканини у відповідь на обробку розчином Люголя і 3% оцтової кислоти.

Проведення розширеної кольпоскопії дозволяє не тільки визначити стан епітелію та судин, характер стикування епітелію шийки матки і цервікального каналу, а й виділити наявність патологічних вогнищ та їх межі, що дає змогу, в разі потреби, правильно визначити місце біопсії.

Проста й розширена кольпоскопія з використанням тестів із 3-5% розчином оцтової кислоти і 3% водним розчином Люголя (проба Шиллера) проводилась на апараті МК-200 (Україна).

Цитологічне дослідження є скринінговим методом у програмах профілактики раку шийки матки. Цитологічне дослідження мазків із цервікального каналу і шийки матки оцінювали за Папаніколау (Pap-smear-test).

Інфекційний скринінг включав результати оцінки мазків на ступінь чистоти при бактеріоскопічному дослідженні, метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР-діагностику), культуральний метод для ідентифікації мікрофлори та визначення чутливості до антибіотиків [10]. Для виявлення уреоплазм та мікоплазм застосовували тест-системи Mycoplasma DUO. Хламідії та вірус папіломи людини (ВПЛ) виявляли методом ПЛР. Окрім того, в пробах крові визначали наявність антитіл до хламідій, вірусів групи герпесу I-II типів і цитомегаловірусу.

Кольпоскопічне, цитологічне та мікробіологічне дослідження проводили в I, II та III триместрах вагітності.

У разі потреби проводилась біопсія шийки матки під контролем кольпоскопії з подальшим гістологічним дослідженням радіохірургічним методом за допомогою апарата «Надія-2» (модель 120).

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою стандартних програм статистичного аналізу (GraphPad Instant, Stastica for Windows v. 7.0, Microsoft Excel 2003 та ін.).

Результати та їх обговорення

Середній вік жінок основної групи становив $27,4 \pm 2,3$ року. У процесі дослідження з гінекологічного анамнезу встановлено, що ранній початок статевого життя (до 18 років) відмічено в 34 (72,3%) жінок. Із числа обстежених пацієнток вагітність раніше мали 29 (61,7%). Вагітності закінчились пологами — в 19 (40,4%), штучними абортами — у 8 (17,0%), самовільними викиднями — в 3 (6,4%) пацієнток.

У результаті обстеження встановлено, що вагітні мали в анамнезі: запальні захворювання статевих органів — 12 (25,5%), лейоміому матки — 5 (10,6), доброякісні пухлини яєчників — 6 (12,8%), ендометріоз — 4 (8,5%), гіперпластичні процеси ендометрія — 3 (6,4%).

Діагностично-лікувальний алгоритм ведення вагітних із передраковими станами шийки матки включав два етапи:

I етап — первинне обстеження при взятті на облік (цитологічне, мікробіологічне дослідження, проста і розширена кольпоскопія);



II етап — лікування урогенітальної інфекції залежно від результатів обстеження; динамічне цитологічне і кольпоскопічне обстеження 1 раз на три місяці під час вагітності і через 6-8 тижнів після пологів; при виявленні CIN3 — консультація онколога і взяття біопсії шийки матки під контролем кольпоскопії; хірургічні методи лікування за показаннями через 6-8 місяців після пологів.

При первинному огляді шийки матки в дзеркалах відмічено, що лише у 20 (42,7%) жінок шийка матки мала правильну циліндричну форму. Гіпертрофія шийки матки спостерігалась у 11 (23,4%) вагітних, розриви шийки матки після попередніх пологів — у 5 (10,6%), дефекти покривного епітелію шийки матки — в 38 (80,8%), поліпи — у 2 (4,3%). Клінічні ознаки цервіциту виявлені у 29 (61,7%) вагітних. Кров'янисті виділення при огляді спостерігались у 9 (19,1%) жінок.

При проведенні кольпоскопії були виявлені такі зміни епітелію шийки матки (табл. 1).

Як видно з таблиці, аномальна кольпоскопічна картина (ніжний оцтово-білий епітелій, ніжна мозаїка, ніжна пунктація) виявлялась лише у 23 (48,9%) жінок. Гестаційні зміни в епітелії, залозах, стромі шийки матки прогресували з терміном вагітності й ускладнювали проведення кольпоскопічного дослідження.

Цитологічне дослідження цервікальних мазків за Папаніколау залишається основним методом скринінгу передракових захворювань шийки матки, метою якого є виявлення морфологічних особливостей клітин, що характеризують патологічний процес. Точність методу становить 79,2-93,4% [1, 4].

При цитологічному дослідженні матеріалу, взятого з цервікального каналу і піхвової частини шийки матки, виявлено дисплазію легкого ступеня (CIN1) — в 34 (72,3%), дисплазію середнього ступеня (CIN2) — в 11 (23,4%) і важку дисплазію (CIN3) — у 2 (4,3%) пацієнток.

При бактеріоскопічному дослідженні в I триместрі II ступінь чистоти піхви відмічено лише у 18 (38,3%) вагітних, III ступінь чистоти піхви діагностовано у 27 (57,4%) і IV ступінь чистоти піхви — у 2 (4,3%) жінок. Результати мікробіологічних досліджень показали, що в 32 (68,1%) жінок виявлялись специфічні бактеріальні збудники урогенітальних інфекцій (хламідії, уреоплазми, мікоплазми, гарднерели, трихомонади). У вигляді моно-інфекції ці збудники спостерігались у 11 (23,4%), у вигляді мікст-інфекції — у 21 (44,7%) жінки. Серед моно-інфекцій переважали уреоплазми, які спостерігались у 6 (54,5%) жінок. Віруси виявлено в 36 (76,6%) жінок: вірус папіломи людини високого канцерогенного ризику — в 31 (66,0%), IgM до вірусу простого герпесу I-II типів — у 3 (6,4%), IgM до цитомегаловірусу — у 2 (4,3%). Серед вірусів папіломи людини частіше виявлялись ВПЛ 16-го типу — у 12 (38,7%) і ВПЛ 56-го типу — в 7 (22,6%). У два рази рідше виявлялись ВПЛ 18, 33, 35, 45, 52-го типів. Аналіз бактеріологічного дослідження показав, що у 26 (55,3%) пацієнток були наявні представники неспецифічної мікрофлори (*E. coli*, *St. aureus*, *St. epidermalis*, *Enterococcus faecalis*, *Str. Angemaliticus*) у високому мікробному числі (10^5 - 10^6 КОЕ/г), у 9 (19,1%) жінок спостерігались гриби роду *Candida*.

Отже, на I етапі нами було встановлено ступені важкості дисплазій шийки матки, визначено збудники урогенітальних інфекцій, які могли бути причиною розвитку дисплазій. Дві жінки із CIN3 проконсультовані в міській онкологічній лікарні, де була призначена санація і динамічне спостереження протягом вагітності, повторна консультація через 6-8 тижнів після пологів.

На II етапі всім вагітним із дисплазією шийки матки проводилась санація відповідно до виявленого збудника урогенітальної інфекції і в подальшому динамічне бактеріоскопічне, кольпоскопічне та цитологічне дослідження кожні 3 місяці і через 6-8 тижнів після пологів.

Після проведеної протизапальної терапії при бактеріоскопічному дослідженні II сту-

Таблиця 1

Результати кольпоскопічного дослідження в обстежених жінок (абс. число, %)

| Кольпоскопічна картина | Кількість жінок (n=47) | |
|---------------------------------|------------------------|------|
| | абс. число | % |
| Ектопія циліндричного епітелію | 9 | 19,1 |
| Метаплазований плоский епітелій | 8 | 17,0 |
| Наботові кісти | 3 | 6,4 |
| Поліпи | 2 | 4,3 |
| Старі розриви | 5 | 10,6 |
| Нижній оцтово-білий епітелій | 8 | 17,0 |
| Ніжна мозаїка | 12 | 25,5 |
| Ніжна пунктація | 3 | 6,4 |
| Децидуоз | 2 | 4,3 |
| Запалення | 29 | 61,7 |

піль чистоти піхви діагностовано в 39 (83,0%) вагітних у II триместрі і в 41 (87,2%) — у III триместрі. III ступінь чистоти піхви виявлено в 11 (23,4%) і у 8 (17,0%) жінок відповідно, що потребувало проведення повторної санації.

Проведення кольпоскопічного дослідження у II і III триместрах вагітності ускладнювалось унаслідок гестаційних змін в епітелії, залозах, стромі шийки матки. Після проведеного протизапального лікування відмічено відсутність ознак запалення в 39 (83,0%) вагітних у II триместрі і в 41 (87,2%) — у III триместрі. Для ектопії — в 9 (19,1%) жінок упродовж вагітності було характерно поступове її збільшення в розмірах, відсутність чіткості розмірів, посилення продукції слизу, васкуляризації. Сосочки циліндричного епітелію протягом вагітності подовжувались, мали яскраво-червоний колір, а в 6 (12,8%) нагадували поліпоподібні утворення в III триместрі. У 2 (4,3%) пацієнток децидуоз мав вигляд вузлових утворень із посиленою васкуляризацією й аморфною поверхнею у вигляді поліпоподібних розростань жовтувато-рожевого кольору, який збільшувався в розмірах протягом вагітності. У II і III триместрах вагітності відмічалось збільшення в розмірах ділянок нижнього оцтово-білого епітелію у 2 (4,3%) і зменшення їх розмірів після санації в 6 (12,8%) жінок. Ніжна мозаїка і ніжна пунктація зберігались упродовж вагітності в 15 (31,9%) пацієнток. У III триместрі в 1 (2,1%) вагітної на тлі нижньої мозаїки діагностовано появу валикоподібних обідків навколо вивідних протоків залоз і в 1 (2,1%) пацієнтки з нижньою мозаїкою — появу хрящоподібного утворення на шийці матки. З метою виключення злоякісного процесу останнім двом пацієнткам проведено біопсію шийки матки з гістологічним дослідженням.

Після проведеного протизапального лікування при цитологічному дослідженні в II триместрі відмічено регрес CIN1 — у 21 (44,7%) і CIN2 — у 2 (4,3%) жінок (діагностовано «цитограму без особливостей»). У III триместрі відмічено рецидив CIN1 у 1 (2,1%) і прогресування CIN2 в CIN3 (з підозрою на Ca in situ) в 1 (2,1%) пацієнтки. Для виключення злоякісного процесу останній проведено біопсію шийки матки.

Водночас біопсію шийки матки виконано трьом вагітним у III триместрі. Гістологічно діагностовано CIN3 — у 2 (4,3%) і Ca in situ — в 1 (2,1%) пацієнтки.

Поліпектомію виконано 2 (4,3%) вагітним у II триместрі. Показаннями до поліпектомії були: некроз поліпа і кров'янисті виділення з піхви. При гістологічному дослідженні діагностовано некроз фіброзного поліпа.

Перебіг вагітності в пацієнток із дисплазією шийки матки характеризувався високою частотою гестаційних ускладнень (табл. 2). Особливо високою була частота загрози переривання вагітності, передчасних пологів і передчасного вилиття навколоплідних вод.

Пологи проводились вагінальним шляхом — у 39 (83,0%), оперовані пологи — у 8 (17,0%) вагітних. У 1 (2,1%) пацієнтки показанням до операції кесарева розтину було виявлення Ca in situ при гістологічному дослідженні. У інших 7 (14,9%) показання до операції не залежали від патології шийки матки.

Через 6-8 тижнів після пологів діагностовано CIN1 — у 10 (21,3%), CIN2 — в 6 (12,8%), CIN3 — у 2 (4,3%), Ca in situ — в 1 (2,1%) пацієнтки. Жінкам із CIN2 після завершення післяпологового періоду виконано радіохвильову конізацію шийки матки. Пацієнтки із CIN3 і Ca in situ консультовані в міській онкологічній лікарні, де при CIN3 виконано конізацію шийки матки, а при Ca in situ — гістеректомію Вертгейма.

Висновки

На підставі зазначеного вище можна зробити такі висновки:

1. У алгоритм обстеження вагітних із передраковими станами шийки матки при взятті на облік необхідно включати: цитологічне дослідження, розширену кольпоскопію та мікробіологічне обстеження.

Таблиця 2

Дані про ускладнений перебіг вагітності в обстежених жінок (абс. число, %)

| Перебіг вагітності і пологів | Кількість жінок (n=47) | |
|---|------------------------|------|
| | абс. число | % |
| Ускладнення вагітності: | | |
| - загроза переривання до 20 тижнів | 10 | 21,3 |
| - після 20 тижнів | 7 | 14,9 |
| - плацентарна дисфункція | 9 | 19,1 |
| - анемія | 12 | 25,5 |
| - передчасне вилиття навколоплідних вод | 8 | 17,0 |



2. Тактика ведення вагітних із дисплазією має бути вичікувальною з обов'язковим лікуванням урогенітальних інфекцій, динамічним цитологічним і кольпоскопічним контролем 1 раз на три місяці й остаточним лікуванням після пологів. При CIN3 обов'язковим є гістологічне дослідження.
3. Своєчасне виявлення, динамічне спостереження й лікування передракових станів шийки матки під час вагітності — основа профілактики та раннього виявлення раку шийки матки в жінок репродуктивного віку.

Надійшла до редакції 13.03.2017 р.

Список використаної літератури

1. Зароченцева Н.В. Заболевания шейки матки при беременности (современные аспекты диагностики и тактики ведения): автореф. дис. на получение научной степени д-ра. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н.В. Зароченцева. — М., 2009. — 45 с.
2. Сидорова И.С. Методы исследования шейки матки у беременных женщин / И.С. Сидорова, Д.А. Атабиева // Акушерство, гинекология, репродуктология. — 2013. — Т. 7, № 2. — С. 15-19.
3. Хафизова Н.А. Патология шейки матки у женщин с потерями беременности: автореф. дис. на получение научной степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н.А. Хафизова. — Душанбе, 2012. — 22 с.
4. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки у беременных: диагностика, лечение, мониторинг, профилактика / П.С. Русакевич, Т.М. Литвинова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 144 с.
5. Жабченко І.А. Особливості ведення вагітних з патологією шийки матки / І.А. Жабченко // Здоров'я України. — 2011. — Тематичний номер. — С. 16-17.
6. Урманчеева А.Ф. Рак шейки матки и беременность / А.Ф. Урманчеева // Патологическая онкология. — 2002. — Т. 3, № 3. — С. 183-193.
7. Ульрих Е.А. Тактика ведения беременности при преинвазивном раке шейки матки / Е.А. Ульрих, Е.А. Вербитская, А.Ф. Урманчеева, Г.Ф. Кутушева // Фарматека. — 2014. — № 4 (277). — С. 68-70.
8. Короленкова Л.И. Донашивание беременности при преинвазивном и микроинвазивном раке шейки матки — право и выбор пациенток в условиях информированного согласия / Л.И. Короленкова // Онкогинекология. — 2014. — № 4. — С. 22-27.
9. Selleret L. Precancerous cervical lesions during pregnancy: diagnostic and treatment / L. Selleret, P. Mathevet // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). — 2008. — Vol. 37, Suppl 1. — P. 131-138.
10. Медицинская лабораторная диагностика (программы и алгоритмы) / Под ред. А.И. Карпищенко. — С.-Петербург: Интермедика, 2001. — Т. 3. — 544 с.

Diagnostic and therapeutic algorithms in case of precancerous cervical pathology in pregnant women

N.H. Skuriatina

Abstract

The study involved 47 women who were registered for antenatal care with precancerous cervical condition aged 23 to 35 years. Mild dysplasia (CIN1) was diagnosed in 34 (72.3%), moderate dysplasia (CIN2) was found in 11 (23.4%) and severe dysplasia (CIN3) in 2 (4.3%) patients. Diagnostic and therapeutic management of pregnant women with cervical dysplasia included two phases: Phase I — initial examination at registration for antenatal care (cytological and microbiological tests, simple and extended colposcopy); Phase II — treatment of urogenital infections, dynamic cytological and colposcopic examination once every three months during pregnancy and 6-8 weeks after delivery; histologic study and final treatment after delivery in CIN3. It was shown that compliance with diagnostic and therapeutic measures in cervical dysplasia is the basis for prevention and early detection of cervical cancer in women of reproductive age.

Keywords: cervical dysplasia, cytology, extended colposcopy, urogenital infection.