

Summary. *The are results of surgical treatment of 27 patients with a closed liver damage (liver injury-20, closed so injury of the liver-7). The injuries of the liver were determined during the laparotomy, the indication was the penetrating nature of the wound, established after the primary surgical treatment wound. The closed of liver damage were diagnosed taking the results of the patients who were diagnosed by the survey radiography of the abdominal cavity, ultrasound, laparocentesis, laparoscopy. After laparotomy and surgical correction of damage to the liver and other organs, relaparotomy was required in 3 (11.1%) of the victims. Two (7.4%) patients died of hemorrhagic shock and DIC syndrome.*

Key words: *open and closed liver trauma, surgical treatment, peacetime experience.*

УДК 618.146-006.6-036.3-072.1.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОЛЬПОСКОПІЧНОГО ІНДЕКСУ РЕЙДА В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРЕДРАКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ

І.З.Гладчук, Н.М.Рожковська, Н.М.Каштальян

Одеський національний медичний університет

Резюме. *Проблемою ефективної кольпоскопічної діагностики передракової патології шийки матки є низька специфічність традиційної кольпоскопії, що обумовлена неспецифічним характером кольпоскопічних ознак і великою суб'єктивністю дослідження, що призводить до необґрунтованої лікувальної агресії.*

Метою цього дослідження було вивчення діагностичної ефективності використання кольпоскопічного індексу Рейда (RCI) та оцінка достовірності кольпоскопії з розрахуванням кольпоскопічного індексу Рейда в порівнянні з гістологічним дослідженням.

Були проаналізовані дані 57 пацієнток з дисплазією шийки матки, яким було проведено ексцизійне лікування протягом 2015-2016 років.

Сумарна точність кольпоскопічного дослідження з розрахуванням RCI склала 56,14%, тобто більше, ніж у кожної другої жінки було проведено точне стадіювання ЦІН під час кольпоскопічного дослідження. Ступінь погодження між оцінкою кольпоскопії за допомогою RCI та результатами патогістологічного дослідження складав 0,400, що більше, ніж в 4 рази сильніше, ніж між цитоморфологічним та патогістологічним дослідженнями.

Тобто використання кольпоскопічного індексу Рейда в оцінці ступеня дисплазії при проведенні кольпоскопічного дослідження має високу діагностичну ефективність та достовірніше передбачає патогістологічний результат, даючи змогу отримати точну картину на доінвазивному етапі дослідження.

Ключові слова: *цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, кольпоскопія, кольпоскопічний індекс Рейда, діагностика.*

Рак шийки матки – найпоширеніша причина смерті жінок від онкологічної патології у країнах, що розвиваються [18]. Завдяки довгому періоду розвитку передракову патологію шийки матки можна рано діагностувати завдяки таким скринінговим методикам, як цитоморфологічне дослідження, тестування на папіломавірусну інфекцію високого ризику, візуальний огляд шийки матки із застосування оцтової кислоти та розчину Люголя[3], коли кольпоскопія залишається референтним стандартом інших скринінгових процедур[4]. Але проблемою ефективної діагностики передракової патології шийки матки є не тільки недостатня чутливість існуючих традиційних діагностичних методів, а ще й низька специфічність традиційної кольпоскопії, що обумовлена неспецифічним характером кольпоскопічних ознак і великою суб'єктивністю дослідження, що призводить до необґрунтованої лікувальної агресії.

Кольпоскопія – це візуальна техніка, що потребує експертного тренування та досвіду. Лімітуючий фактор цього методу дослідження це те, що точність метода прямо залежить від вмінь оператора, тому для досягнення достатнього рівня діагностичної достовірності необхідне використання методів об'єктивізації оцінки кольпоскопічної картини[5, 16]. Для досягнення цієї мети були розроблені декілька оціночних систем кольпоскопічних картин [6, 9, 10]. Reid та Scalz із пропонували використання кольпоскопічного індексу Рейда (RCI) для зменшення суб'єктивізації кольпоскопії[6]. RCI базується на критичному аналізі, а не описі побаченого та вдало використовується в розвинених країнах протягом багатьох років.

Метою цього дослідження було вивчення діагностичної ефективності використання кольпоскопічного індексу Рейда та оцінка достовірності кольпоскопії з розрахуванням кольпоскопічного індексу Рейда в порівнянні з гістологічним дослідженням.

Матеріали і методи. Нами були проаналізовані дані хворих з дисплазією шийки матки, яким було проведено ексцизійне лікування в Університетській клініці №1 Одеського національного медичного університету протягом 2015-2016 років. Критеріями включення були наявність атипових клітин в мазках або наявність цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (ЦІН) за результатами

попередньої біопсії та адекватна кольпоскопічна картина, ексцизійне лікування з патогістологічним дослідженням тканини. Критеріями виключення були: відсутність патології зарезультатами цитоморфологічного дослідження (окрім випадків патології шийки матки за результатами біопсії), неадекватна кольпоскопія із відсутністю повної візуалізації плоскоклітинно-циліндричного стику, неексцизійне лікування, попередня конізація шийки матки в анамнезі та рак шийки матки.

Всі жінки були обстежені згідно чинним наказам МОЗ України стосовно передракової патології шийки матки [1].

Цитоморфологічне дослідження проводилося з забарвленням за методикою Романовського-Гімзе із традиційною класифікацією. При оцінці результатів онкоцитології виставлявся діагноз згідно із найтяжчим діагностованим ступенем передракового ураження шийки матки.

Всім жінкам була виконана розширена кольпоскопія із збільшенням у 8-12-20 разів з оцінкою відповідно до міжнародної класифікації (Ріо-де-Жанейро, 2011). Паралельно була проведена оцінка кольпоскопічних картин з розрахуванням модифікованого кольпоскопічного індексу Рейда. При цьому оцінювалися чотири показники: колір та границі при проведенні проби з оцтовою кислотою, характер росту судин та забарвлення йодом. За кожен із показників виставлялася оцінка 0, 1 або 2 бали із максимальною кількістю 8 балів. По сукупності балів оцінювався ступінь передракового ураження шийки матки та виставлявся кольпоскопічний діагноз: 0-2 бали – інтраепітеліальне ураження шийки матки легкого ступеню (ЦІН I), 3-4 бали – ураження середнього ступеню (ЦІН I або ЦІН II), 5-8 балів – тяжке ураження (ЦІН II або ЦІН III)[6]. Нормальні кольпоскопічні картини також оцінювалися в 0 балів за шкалою Рейда.

Результати патогістологічного дослідження враховувалися негативними за відсутності цервікальної інтраепітеліальної неоплазії, навіть при присутності койлоцитозу або лейкоплакії. При присутності ЦІН будь-якого ступеню результати вважалися позитивними та розділялися на ЦІН I, ЦІН II та ЦІН III незалежно від присутності супутньої патології.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводився із використанням методів описової медичної статистики, критерія Стьюдента, критерія Пірсона та коефіцієнта погодження Коена. При розрахуванні чутливості, специфічності, позитивної прогностичної цінності та негативної прогностичної цінності використовувалися наступні порогові дані: гістологічний поріг – наявність ЦІН I, кольпоскопічний поріг – 1 бал та 3 бали RCI.

Результати та їх обговорення. Нами було проаналізовано дані 57 пацієнток у віці від 20 до 66 років (середній вік 37,88±1,49 років). 17 (29,82%)

пацієнок мали в анамнезі неексцизійне лікування з приводу патології шийки матки, у решти жінок патологія шийки матки була діагностована вперше.

Серед обраних пацієнок була 1 (1,7%) жінка із нормальними результатами цитоморфологічного дослідження, у 24 (42,11%) жінок була діагностована дисплазія I циліндричного та/або плоского епітелію, у 22 (38,60%) – дисплазія II, у 10 (17,54%) – дисплазія III (Таб. 1.). За результатами патогістологічного дослідження 33 (57,89%) жінки були здоровими (відсутня цервікальна інтраепітеліальна неоплазія), у 11 (19,30%) жінок діагностована ЦІН I, у 9 (15,79%) – ЦІН II та у 4 (7,02%) – ЦІН III. При цьому співпадіння між цитологічним та патогістологічним діагнозами було наявне у 14 (24,56%) жінок ($\chi^2 = 13,88, p = 0,126$).

При виконанні звичайної кольпоскопії використовувалися критерії міжнародної класифікації, відповідно до яких всі жінки мали неспецифічні ознаки аномальної кольпоскопічної картини I або II ступеня. Кольпоскопічний діагноз встановлювався відповідно до оцінки RCI. За результатами кольпоскопічного дослідження у 21 (36,84%) пацієнтки була нормальна кольпоскопічна картина без виключення ймовірності ЦІН I, у 14 (24,56%) пацієнок кольпоскопічна картина відповідала ЦІН I, у 13 (22,80%) – ЦІН I або ЦІН II та у 9 (15,79%) – ЦІН II або ЦІН III (Таб. 2, 3.). При цьому співпадіння між кольпоскопічним та патогістологічним діагнозами було наявне у 32 (56,14%) жінок ($\chi^2 = 21,45, p = 0,011$), що більше, ніж у 2 рази перевищує показники цитоморфологічного дослідження, також більше, ніж у кожної другої жінки, кольпоскопічне дослідження з розрахуванням RCI дозволяє провести точне стадіювання ЦІН на доінвазивному етапі.

Таблиця 1

Відповідність цитологічного та гістологічного діагнозів

Патогістологічне дослідження	Цитоморфологічне дослідження				Всього
	Здорові	ЦІН I	ЦІН II	ЦІН III	
Здорові	1 (1,75%)	17 (29,82%)	12 (21,05%)	3 (5,26%)	33 (57,89%)
ЦІН I	0 (-)	5 (8,77%)	4 (7,02%)	2 (3,51%)	11 (19,30%)
ЦІН II	0 (-)	2 (3,51%)	5 (8,77%)	2 (3,51%)	9 (15,79%)
ЦІН III	0 (-)	0 (-)	1 (1,75%)	3 (5,26%)	4 (7,02%)
Всього	1 (1,75%)	24 (42,11%)	22 (38,60%)	10 (17,54%)	57

$\chi^2 = 13,88, p = 0,126$.

Таблиця 2

Відповідність кольпоскопічного та гістологічного діагнозів

Патогістологічне дослідження	Кольпоскопічне дослідження				Всього
	Здорові	ЦІН I	ЦІН II	ЦІН III	
Здорові	14 (24,56%)	8 (14,04%)	8 (14,04%)	3 (5,26%)	33 (57,89%)
ЦІН I	0 (-)	9 (15,79%)	0 (-)	2 (3,51%)	11 (19,30%)
ЦІН II	1 (1,75%)	2 (3,51%)	6 (10,53%)	0 (-)	9 (15,79%)
ЦІН III	0 (-)	1 (1,75%)	0 (-)	3 (5,26%)	4 (7,02%)
Всього	15 (26,32%)	20 (35,09%)	14 (24,56%)	8 (14,04%)	57 (100%)

$$\chi^2 = 21,45, p = 0,011.$$

Таблиця 3

Кореляція між кольпоскопічним та патогістологічним діагнозами

Патогістологічне дослідження	Кольпоскопічне дослідження			Всього
	Недооцінка	Переоцінка	Точна оцінка	
Здорові	-	19 (57,58%)	14 (42,42%)	33 (57,89%)
ЦІН I	0 (-)	2 (18,18%)	9 (81,82%)	11 (19,30%)
ЦІН II	3 (33,33%)	0 (-)	6 (66,67%)	9 (15,79%)
ЦІН III	1 (25,00%)	-	3 (75,00%)	4 (7,02%)
Всього	4 (7,02%)	21 (36,84%)	32 (56,14%)	57 (100%)

Ступінь погодження між оцінкою кольпоскопії за допомогою використання кольпоскопічного індексу Рейда та результатами патогістологічного дослідження був розрахований за допомогою капи Коена та дорівнював 0.400 ± 0.082 (ДІ: 0.239-0.562), що відповідає середньому ступеню погодження.

В той час капа погодження між результатами цитоморфологічного та патогістологічного досліджень складала 0.097 ± 0.058 (ДІ: -0.016-0.210), що відповідає дуже низькому погодженню. Тобто погодження кольпоскопії з використанням RCI з патогістологічним дослідженням більше, аніж в 4 рази сильніше, аніж між цитоморфологічним та патогістологічним дослідженнями ($t = 3.0168, p < 0,01$).

Враховуючи, що згідно відповідно до стандартної оцінки кольпоскопічної картини всі жінки мали ті чи інші зміни, що відповідають передраковій патології шийки матки, чутливість, специфічність, позитивну прогностичну цінність та негативну прогностичну цінність всього метода неможливо статистично достовірно підрахувати.

Чутливість кольпоскопії з використанням RCI дорівнювала 95,83% (ДІ: 78,88%-99,89%), специфічність – 42,42% (ДІ: 25,48%-60,78%), позитивна прогностична цінність – 54,76% (ДІ: 47,17%-62,14%), негативна прогностична цінність – 93,33% (ДІ: 66,36%-99,00%). При цьому порогове значення захворювання було визначене як наявність ЦІН I.

При підвищенні порогового значення захворювання до ЦІН 2, що згідно зі стандартами МОЗ України потребує ексцизійного лікування, відмічається

підвищення специфічності метода до 70,45% (ДІ: 54,80%-83,24%), чутливість, позитивна прогностична цінність та негативна прогностична цінність методадорівнювали 69,23% (ДІ: 38,57%-90,91%), 40,91% (ДІ: 27,88%-55,35%) та 88,57% (ДІ: 77,03%-94,71%) відповідно.

В цьому дослідженні була доведена висока чутливість діагностики інтраепітеліальних уражень шийки матки та негативна прогностична цінність, тобто при виконанні кольпоскопії з розрахуванням кольпоскопічного індексу Рейда можна з великою вірогідністю ідентифікувати передракову патологію шийки матки та при нормальних результатах RCI вірогідність ЦІН надзвичайно низька. Також нами відмічене добре погодження між кольпоскопічним та патогістологічним діагнозом ($k=0,400$). При встановленні порогового значення захворювання як ЦІН I нами була відмічена низька специфічність дослідження, але при підвищенні порогового значення до ЦІН II специфічність кольпоскопічного дослідження із RCI досягала 70,45%, тобто вірогідність хибно позитивного результату у жінок із кольпоскопічною оцінкою патології шийки матки мінімум у 3 бали шкали Рейда значно знижується.

Отримані нами дані доказують достатню ефективність кольпоскопії з RCI та співпадають із даними інших авторів [13, 14, 15]. В нашому дослідженні виявлена вища чутливість, але нижча ефективність, ніж в дослідженнях ASCUS-LSIL triage study [11] та Mousavi A.S. [12], де також використовувався кольпоскопічний індекс Рейда для інтерпретації кольпоскопічних результатів.

Порівняно низькі показники капи Коена та специфічності кольпоскопії із розрахуванням RCI в нашому дослідженні в порівнянні із закордонними авторами пояснюються порівняно великою кількістю хибно позитивних результатів. Це може бути обґрунтовано тим фактом, що схожість ЦІН I, цервіциту та ознак папіломавірусної інфекції часто призводять до ускладнення діагностики передракових уражень шийки матки низького ступеню [5]. Також ми не можемо відкинути комплекс інших причин. По-перше, це новітність використання кольпоскопічного індексу Рейда та кольпоскопічних індексів взагалі в клінічній практиці українських кольпоскопістів. Також це недостатній досвід проведення досліджень із розрахунком RCI та ще невелика кількість пацієнтів із оцінкою за RCI. Хоча точність кольпоскопії прямо залежить від досвіду оператора, але не всі розходження між кольпоскопічним та патогістологічним діагнозами можуть пояснюватися цим, адже між гістологами теж не завжди є погодження стосовно градації ЦІН [7].

По-друге, така кількість хибно позитивних результатів може бути обґрунтована різницею в дизайнах досліджень, викликаних іншими стандартами діагностики передракової патології шийки матки в західних країнах. У більшості європейських країн критерієм для направлення до кольпоскопії є наявність дисплазії II або III (H-SIL) за результатами

онкоцитологічного дослідження, або наявність L-SIL чи ASC-US у поєднанні із папіломавірусною інфекцією високого ризику [17]. В нашому дослідженні всі жінки підлягали кольпоскопії, незалежно від ступеню дисплазії та статусу інфікування вірусом папіломилюдини.

Під час проведення чинного дослідження нами використовувалися дані цитоморфологічного дослідження за традиційною методикою із традиційною класифікацією, а не рідинної цитології із класифікацією Бетесда, що теж могло вплинути на кількість хибнопозитивних результатів. Це було зроблено із декількох причин. Перш за все, незважаючи на нижчу ефективність та інформативність, цитоморфологічне дослідження мазків шийки матки за традиційною методикою є більш розповсюдженим в Україні і є основним діагностичним методом скринінгу патології шийки матки в більшості лікувально-профілактичних установ. По-друге, нами була обрана традиційна онкоцитологія через кращу можливість порівняння результатів. Використання таких цитологічних діагнозів, як ASC-US, ASC-H та AGC, значно обтяжує можливість порівняння цитологічного та патогістологічного діагнозів.

Одним із недоліків поточного дослідження є неможливість у зв'язку з методикою оцінювання порівняння між традиційною кольпоскопією та кольпоскопією із підрахуванням RCI, а також між традиційною кольпоскопією та результатами патогістологічного дослідження. За даними Massad LS [2] точність традиційного кольпоскопічного дослідження дорівнює 37%, чутливість – 89%, а специфічність – 52%. При цьому чутливість в діагностиці ЦІН 2/3 дорівнює 56%. Ці дані підтверджують те, що застосування RCI під час проведення кольпоскопії значно підвищує діагностичну цінність дослідження.

Також до можливих недоліків цього дослідження можна віднести виконання кольпоскопії акушерами-гінекологами із достатніми знаннями та досвідом з кольпоскопії, але все ж не кольпоскопістами і не онкогінекологами, що за даними деяких авторів може суттєво знизити достовірність дослідження [8].

Тобто використання кольпоскопічного індексу Рейда в оцінці ступеня дисплазії при проведенні кольпоскопічного дослідження має високу діагностичну ефективність та достовірніше передбачає патогістологічний результат, даючи змогу отримати точну картину на доінвазивному етапі дослідження.

Висновки

Об'єктивна оцінка кольпоскопії за допомогою кольпоскопічного індексу Рейда має добре погодження із патогістологічним результатом (0.4), чутливість 69,23-95,83%, специфічність 42,42-70,45%, позитивну прогностична цінність 40,91-54.76% та негативну прогностична цінність 88.57-93.33 %, що робить цей метод цінним інструментом діагностики передракової патології шийки матки.

Література

1. Наказ МОЗ України від 02.04.2014 № 236 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки”
2. Massad LS, Collins YC. Strength of correlations between colposcopic impression and biopsy histology. *GynecolOncol*. 2003 Jun;89(3):424-8.
3. Kathy S, Emma O, Patricia C, Janet P. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. WorldHealthOrganization. 2006
4. Arbyn M, Sankarnarayanan R, Muwonge R, Keita N, Dolo A, Mbalawa CG, et al. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int J Cancer*.200;123:153–60.
5. Olayinka BO. Validity of Colposcopy in the Diagnosis of Early Cervical Neoplasia-A Review *African Journal of Reproductive Health* 63December, 2002. 59–69.
6. Reid R, Scalzi P. Genital warts and cervical cancer. VI. An improved colposcopic index for differentiating benign papillomaviral infections from high grade cervical intra epithelial neoplasia. *Am. J. Obstet Gynecol*.1985;153:611–8.
7. Ceballos KM, Chapman W, Daya D, Julian JA, Lytwyn A, McLachlin CM, et al. Reproducibility of the histological diagnosis of cervical dysplasia among pathologists from four continents. *Int J GynecolPathol*.2008;27:101–7.
8. Ferris DG, Litaker MS; ALTS Group. Prediction of cervical histologic results using an abbreviated Reid Colposcopic Index during ALTS. *Am J ObstetGynecol*. 2006 Mar;194(3):704-10.
9. Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *ObstetGynecol*. 2012;120:166–72.
10. Strander B, Ellstrom-Andersson A, Franzen S, Milsom I, Radberg T. The performance of a new scoring system for colposcopy in detecting high-grade dysplasia in the uterine cervix. *ActaObstetGynecolScand*. 2005;84:1013–7.
11. Ferris DG, Litaker M. ALTS Group. Prediction of cervical histologic results using an abbreviated Reid Colposcopic Index during ALTS. *Am J ObstetGynecol*. 2006;194:704–10.
12. Mousavi AS, Fakour F, Gilani MM, Behtash N, Ghaemmaghami F, KarimiZarchi M. A prospective study to evaluate the correlation between Reid colposcopic index impression and biopsy histology. *J LowGenittractDis*. 2007;11:147–50.
13. Hong DG, Seong WJ, Kim SY, Lee YS, Cho YL. Prediction of high-grade squamous intraepithelial lesions using the modified Reid index. *Int J ClinOncol*. 2010 Feb;15(1):65-9.

14. Boonlikit S. Correlation between Reid's colposcopic index and histologic results from colposcopically directed biopsy in differentiating high-grade from low-grade squamous intraepithelial lesion at Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai. 2011 Mar;94 Suppl2:S59-65.

15. Shojaei H, Yarandi F, Ghozati L, Yarandi N, Izadi-Mood N, et al. Acceptable predictive accuracy of histopathology results by colposcopy done by Gynecology residents using Reid index. Arch Gynecol Obstet. 2013 Feb;287(2):345-9.

16. Vercellino GF, Erdemoglu E, Chiantera V, Vasiljeva K, Malak AH, et al. Clinical relevance of objectifying colposcopy. Arch Gynecol Obstet. 2015 Apr;291(4):907-15.

17. Kyrgiou M, Stasinou SM, Arbyn M, Valasoulis G, Ghaem-Maghani S, Martin-Hirsch PPL, Loufopoulos AD, Karakitsos PJ, Paraskevaides E. Management of low-grade squamous intra-epithelial lesions of the uterine cervix: repeat cytology versus immediate referral to colposcopy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5.

18. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. International Journal of Cancer 2010;127(12):2893-917.

Резюме. *Проблемой эффективной кольпоскопической диагностики предраковой патологии шейки матки является низкая специфичность традиционной кольпоскопии, обусловленная неспецифическим характером кольпоскопических признаков и большой субъективностью исследования, которые приводят к необоснованной лечебной агрессии.*

Целью данного исследования было изучение диагностической эффективности использования кольпоскопического индекса Рейда (RCI) и оценка достоверности кольпоскопии с расчетом кольпоскопического индекса Рейда в сравнении с гистологическим исследованием.

Были проанализированы данные 57 пациенток с дисплазией шейки матки, которым было проведено эксцизионное лечение за период 2015-2016 годов.

Суммарная точность кольпоскопического исследования с расчетом RCI составила 56,14%, то есть более, чем у каждой второй женщины было проведено точное стадирование ЦИН во время кольпоскопического исследования. Степень согласия между оценкой кольпоскопии с помощью RCI и результатами патогистологического исследования составила 0,400, что более, чем в 4 раза выше, чем между цитоморфологическим и патогистологическим исследованиями.

Таким образом, использование кольпоскопического индекса Рейда в оценке степени дисплазии при проведении кольпоскопического исследования имеет высокую диагностическую эффективность и достоверно совпадает с гистологическим результатом, давая возможность получить точную картину на доинвазивном этапе обследования.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, кольпоскопия, кольпоскопический индекс Рейда, диагностика.

Summary. *The problem of effective colposcopic diagnostics of precancerous cervical lesions lies in low specificity of traditional colposcopy caused by unspecific characteristics of colposcopic signs and high subjectiveness of the method, which leads to unnecessary treatment aggression.*

Aim of the study was to investigate diagnostic effectiveness of Reid colposcopic index (RCI) and estimation of accuracy of colposcopy using Reid colposcopic index in relation to pathohistological examination.

Were investigated 57 patients with cervical lesions who underwent excisional treatment during 2015-2016.

Cumulative accuracy of colposcopy using RCI was 56,14%, which means that more than every second woman was diagnosed with an accurate CIN grade during colposcopic examination. Degree of agreement between colposcopy using RCI and pathohistological results was 0.400, that is more than 4 times higher than agreement between cytomorphological and pathohistological examinations.

Thus using of Reid colposcopic index during colposcopic examination of the cervical lesions degree has a high diagnostic effectiveness and reliably corresponds to histological results, providing accurate information on preinvasive stage of examination.

Key words: *cervical intraepithelial neoplasia, colposcopy, Reid colposcopic index, diagnostics.*