

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 2

**Методы исследования
шейки матки
у беременных женщин**

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Сидорова И.С., Атабиева Д.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва

Резюме: в работе дана оценка различных методов диагностики при подозрении на патологию шейки матки у беременных. Беременные женщины были разделены на две группы: с патологией шейки матки и без патологии. Использовали инструментальные методы исследования, цитологические и бактериологические. Кольпоскопическое обследование шейки матки у беременных является важнейшим диагностическим критерием, позволяющим на ранних этапах выявлять изменения в шейке матки.

Ключевые слова: патология шейки матки у беременных, методы исследования.

Шейка матки при беременности – чрезвычайно важная анатомическая и функциональная структура. Нарушения, возникающие в шейке матки, могут серьезно влиять на исход беременности. В настоящее время очень важной остается проблема выбора различных видов диагностики и лечения патологии шейки матки и влияние этой патологии на течение и исход беременности [3,6,12].

В структуре изменений шейки матки ведущее место занимают воспалительные процессы (экзо- и эндцервициты) – 90%. Инфекции, передаваемые половым путем, нарушают процесс замещения цилиндрического эпителия на многослойный плоский при эктопии шейки матки и способствуют развитию различных патологических ее состояний [1,2,4,11].

Частота изменений шейки матки у беременных составляет 80%. В их структуре преобладают эктопии (25%), полиповидные образования цервикального канала (10%) [9,10].

Течение беременности у женщин с изменениями шейки матки характеризуется высокой частотой невынашивания и фетоплацентарной недостаточностью и составляет при наличии полиповидных образований цервикального канала соответственно 72 и 8%, после инвазивных методов лечения предрака шейки матки – 74 и 38%, при эктопии и эктропионе – 32 и 11%, при лейкоплакии – 16 и 8%, при цервикальной интраэпителиальной неоплазии – 17 и 11% пациенток [9,14].

В литературе имеется небольшое количество работ по вопросам современной диагностики и лечения изменений шейки матки у беременных. В единичных работах представлены схемы комплексного кольпоскопического и цитологического обследования и наблюдения беременных женщин с изменениями на шейке матки [7,8].

В связи с необходимостью выбора оптимальных способов выявления заболеваний шейки матки у беременных требуется разработка универсальных и достоверных методов диагностики путем оптимизации, усовершенствования и поиска новых путей исследования при данной патологии [5,7,8,13].

Материал и методы

Наблюдавшиеся нами 112 беременных женщин по состоянию шейки матки были разделены на две группы. В I группу вошли беременные с изменениями шейки матки (74-66,1%), II группу составили беременные без изменений шейки матки (38-33,9%). Осмотр пациенток врачом в процессе исследования проводился в амбулаторных условиях ежемесячно для женщин из I группы и через 2 месяца для женщин из II группы.

Возраст женщин составил от 22 до 42 лет (29,1±2,14). Частота нозологических форм экстрагенитальных заболеваний была одинаковой в обеих группах и практически не отличалась от заболеваемости в популяции. При сборе анамнеза мы обращали внимание на ранее перенесенные вирусные генитальные инфекции, особенно вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ), а также высоко онкогенными серотипами вируса папилломы человека (ВПЧ) (16, 18, 31 и 33). ВПГ-инфекция в I группе отмечена у 4,1% женщин, во II группе – у 2,6% женщин, т.е. практически в одинаковом процентном соотношении. ВПЧ-инфекция (серотипы высокого риска) в I группе у выявлена у 8,2% пациенток и во II группе – у 2,6% пациенток. В I группе деформация шейки матки из-за послеродовых разрывов наблюдалась у 38 (51,3%), эктропион – у 36 (48,6%), эктопия шейки матки – у 35 (47,2%). Признаки цервицита выявлены у 45 (60,8%) беременных, дисплазии – у 4 (5,4%), полипы выявлены у 15

(20,3%). Кровоточивость при осмотре выявлена у 11 (14,8%) пациенток.

В 5,4% случаев в I группе при цитологическом исследовании были обнаружены клетки многослойного плоского эпителия с признаками дискарриоза, на основании чего поставлен диагноз «Дисплазия 1-2-й степени», при кольпоскопии подозрение было высказано только в отношении 2 (2,7%) беременных.

До настоящего обследования, согласно анамнезу, у 78 пациентки изменений на шейки матки не наблюдалось. У 34 беременных до настоящей беременности были диагностированы изменения на шейки матки (и во время беременности нами выявлен рецидив заболевания, неполное замещение эктопии или появление полипа). У 4 (11,8%) из 34 женщин ранее проводилась криодеструкция патологического очага; 16 (47,1%) – выполнялась диатермоэлектрокоагуляция; у 3 (8,8%) – лазерная вапоризация. 11 больным производилась полипэктомия и диатермоэлектрокоагуляция ложа полипа цервикального канала.

Гинекологическое обследование. В I и II группе женщин при осмотре отклонений в строении наружных гениталий, вульвы и состояния их слизистой отмечено не было. При визуальном осмотре изменения шейки матки, характерные для беременных (гипертрофия, воспалительные изменения и кровоточивость), выявлены в одинаковом проценте случаев как у пациенток с нормальным состоянием шейки, так и при наличии эктопии. Таким образом, по-видимому, физиологические изменения шейки матки не могут быть фоном для развития эктопии во время беременности.

При осмотре шейки матки в зеркалах у пациенток I группы было обнаружено, что только у 34 (45,9%) беременных шейка матки имела правильную цилиндрическую форму. Гипертрофия шейки матки наблюдалась у 8 (10,8%) беременных, деформация шейки матки послеродовыми разрывами – у 38 (51,3%), эктропион – у 36 (48,6%), эктопия шейки матки – у 35 (47,2%). Клинические признаки цервицита выявлены у 45 (60,8%) беременных. Кровоточивость при осмотре выявлялась у 11 (14,8%) пациенток.

Ультразвуковая диагностика является одним из ведущих методов исследования в гинекологии и акушерстве благодаря своей информативности, неинвазивности и относительной простоте проведения. Внедрение в гинекологическую практику трансвагинальной эхографии и использование датчиков с высокой разрешающей способностью значительно расширили диапазон ультразвуковых исследований, приближая их по точности к морфологическому методу.

Ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуковых аппаратах Assisix XQ-EXP (Medison) с применением трансвагинальных мультислотных датчиков 5-7 МГц, включая цветное доплеровское картирование (ЦДК), импульсную доплерометрию и трехмерное сканирование влагалищной части шейки матки. Трехмерная реконструкция объема шейки матки проводилась в следующие сроки: 10-14 недель;

24-29 недель; 34-38 недель. Нами выявлены особенности ультразвуковой картины состояния шейки матки у беременных женщин. Такие физиологические изменения шейки матки, как гипертрофия подтверждаются увеличением размера и объема шейки матки у всех обследованных беременных женщин.

Анализ данных ультразвукового исследования пациенток II группы позволил выявить достоверное увеличение размеров, объема шейки матки и показателей ее гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах.

При беременности у пациенток с эктопией шейки матки, по данным УЗИ, отмечается постепенное прогрессивное увеличение средней толщины и объема шейки матки. По сравнению с II группой, у беременных с эктопией выявлено снижение интенсивности кровотока в тканях шейки матки по типу «бедного кровотока» или на фоне варикозного расширения сосудов, что в том и другом случаях сопровождается застойными явлениями. У этих пациенток отмечено достоверное увеличение размеров и объема шейки матки и снижение показателей ее гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах.

По данным ультразвукового исследования пациенток с полипами, зафиксировано достоверное снижение показателей гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах. При УЗИ полип шейки матки не всегда выявляется. Даже при влагалищном исследовании его не всегда можно увидеть: если ножка полипа достаточно длинная, он способен подтягиваться вверх в цервикальный канал.

Обращает на себя внимание повышение в анамнезе частоты обнаружения полипов цервикального канала, доброкачественных заболеваний шейки матки и полипов эндометрия, эндоцервицита у беременных с изменениями шейки матки по сравнению с группой без изменений шейки матки.

Трансвагинальная эхография обладает рядом преимуществ. При использовании датчиков высокой частоты (7-8 МГц) и непосредственного соприкосновения сканирующей поверхности с исследуемым органом или новообразованием улучшается качество изображения, что особенно важно для оценки состояния матки и фолликулярного аппарата яичников.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование позволяет оценить длину и структуру шейки матки, состояние цервикального канала, определить наличие в нем объемных образований. Применение цветового доплеровского картирования и импульсной доплерометрии позволяет определить характер васкуляризации объемного образования шейки матки.

У женщин с высоким риском несостоятельности зева средняя длина шейки матки, диаметр внутреннего зева, толщина шейки матки, величина заднего угла шейки матки и толщина передней стенки нижнего сегмента матки достоверно отличались от нормы, при этом шейка была короче, внутренний зев – более широкий, шейка – более толстая, задний угол – более

широкий и передняя стенка нижнего сегмента – более тонкая по сравнению с нормальными случаями.

Эхографическое сканирование матки позволяет определить срок гестации, состояние и размеры плода. Диффузное утолщение плаценты, выявленное при УЗИ, являлось косвенным признаком нарушения фетоплацентарного комплекса у 18% беременных, поэтому у них проводили доплерографию.

Допплерометрия маточно-плацентарно-плодового кровотока. Гемодинамические нарушения в функциональной системе «мать-плацента-плод» являются ведущим патогенетическим механизмом нарушения состояния и развития плода при различных осложнениях беременности. При этом в подавляющем большинстве наблюдений гемодинамические нарушения характеризуются универсальностью и однотипностью изменений вне зависимости от состояния плода и этиопатогенетического фактора.

Изменение нормальных показателей КСК – есть неспецифическое проявление многих патологических состояний плода, причем во многих случаях предшествующее появлению клинических симптомов, важно что это относится и к основным патологическим состояниям при беременности – СЗРП, гипоксия плода, преэклампсия и др. При сроке от 18-19 до 25-26 недель доплерометрия – метод выбора, так как биофизический профиль плода информативен с 26 недель, а кардиотокография еще не показательна.

Методика доплерометрии предполагает получение кривых скоростей кровотока в сосудах маточно-плацентарно-плодового кровотока, вычисление индексов сосудистого сопротивления, анализ полученных результатов.

При доплерометрическом исследовании маточно-плацентарного, плодового и внутриплацентарного кровообращения у беременных при подозрении на ФПН практически у 50% пациенток отмечалось повышение показателей сосудистой резистентности в различных звеньях кровообращения в системе мать-плацента-плод, что проявлялось в снижении диастолического компонента кровотока в маточных и спиральных артериях, артерии пуповины и ее терминальных ветвях. Следует отметить, что нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод преимущественно выявляются в сроки 36-40 недель. Кроме того, изолированные нарушения кровотока только в маточно-плацентарном или плодово-плацентарном звеньях выявляются почти у 80% обследованных беременных. У небольшой части отмечаются сочетанные изменения как в маточно-плацентарном, так и плодово-плацентарном звеньях. Сочетанные нарушения выявляются лишь во внутриплацентарном звене.

Кольпоскопическое исследование являлось базовым методом, определяющим дальнейшую диагностическую тактику и режим наблюдения. Видео-фотокольпоскопия – это метод, позволяющий провести осмотр поверхности влагалища и шейки матки с помощью особого прибора – видеофотокольпоскопа, кото-

рый представляет собой систему линз, видеофотокамеру и источник света. Видеофотокольпоскопия проводилась с помощью видеофотомикроскопа SENSITEC (Голландия), в виде видеофотокамеры на штативе с источником света. С помощью данного микроскопа удалось получить 36-кратное увеличение и, при необходимости, с использованием зеленого фильтра детально рассмотреть патологические участки. Обязательным компонентом исследования являлись тесты с 3%-м раствором уксусной кислоты и 3%-м водным раствором Люголя. Благодаря встроенной фотовидеокамере проводили фотосъемку для последующего детального изучения и консультации. Полное кольпоскопическое исследование обычно занимало 25-35 минут.

При оценке кольпоскопических картин мы использовали международную терминологию кольпоскопических терминов, принятую в 1990 г. на Всемирном конгрессе по патологии шейки матки и кольпоскопии в Риме и обновленную Международной ассоциацией по патологии шейки матки и кольпоскопии в Барселоне в 2003 г.

Частота признаков воспаления у пациенток без изменений шейки матки (II группа) в течение беременности составила 18,4% в I триместре и 28,8% – в III триместре. В то же время у пациенток с наличием эктопии шейки матки частота воспалительных изменений составила 22,9% в I триместре, увеличилась в 2 раза во II триместре и в 4 – в III триместре беременности. Эти результаты объясняют высокую частоту эктопии шейки матки на фоне воспалительных изменений, что составляет 75,6%.

В I триместре у I группы кольпоскопия показала, что эктопия с ранних сроков приобретает более насыщенный красный цвет. Сосочки цилиндрического эпителия удлиняются, становятся несколько отечными, в некоторых из них видны терминальные петли кровеносных сосудов. Появление кровоточивости с поверхности эктопии связано с усилением васкуляризации и гиперемии у 11 (14,8%) беременных.

Со II триместра у всех 35 беременных участки эктопии увеличивались в размерах. Вследствие усиленной васкуляризации шейка матки приобретала фиолетовый цвет. У 17 (48,6%) беременных наблюдалось усиление секреции слизи, у 13 (37,1%) появились множественные мелкие кистовидно расширенные железы. При проведении пробы с 3%-м раствором уксусной кислоты наблюдалась выраженная сосудосуживающая реакция. У 4 (11,4%) беременных по периферии эктопии появились немые йоднегативные участки. При проведении пробы Шиллера эктопия не окрашивалась и наблюдалось неравномерное окрашивание раствором Люголя МПЭ. Признаки цервицита были отмечены у 15 (42,8%) беременных с эктопией.

В III триместре беременности изменения шейки матки были наиболее выражены: увеличение в размерах, отечность, цианотичность, наличие множества закрытых желез, выраженное увеличение размеров эктопии и

увеличение самих сосочков цилиндрического эпителия, выраженное расширение подэпителиальных сосудов. Децидуальная реакция наблюдалась у 35 (47,2%) беременных. Появление кровоточивости с поверхности эктопии наблюдалось у 28 (37,8%) беременных. Определение кольпоскопических признаков экзо- и эндоцервикса у беременных представляет ряд трудностей. Характерные признаки воспаления гиперемия, отек и усиление васкуляризации являются нормальными гестационными изменениями у всех беременных.

У двух беременных (2,7%) при кольпоскопии определялись сосочковые разрастания псевдоэрозий шейки матки, контактно кровотокающие, при сохраненном сосудосуживающем эффекте раствора уксусной кислоты и слабом окрашивании раствора Люголя, что трактовалось как дисплазия, подтвержденная затем цитологически. У двух пациенток ни осмотр шейки матки, ни кольпоскопия не выявила каких-либо изменений эндоцервикса, кроме свойственных беременности и воспалению, но у всех пациенток была выявлена хроническая урогенитальная инфекция.

У пациенток с патологией шейки матки под контролем кольпоскопа производилось прицельное взятие мазков для цитологического и цитоиммунохимического исследования.

Цитологическое исследование. Соскоб брали в I, II и III триместрах беременности с экзоцервикса, наружного зева и обязательно из цервикального канала. С экзоцервикса материал для исследования брали специальной щеточкой («servix brush»), состоящей из мягких коротких щетинок, которая соответствует контурам шейки, а самые длинные щетинки захватывают самые глубокие отделы цервикального канала.

Критерием правильно взятого материала считалось присутствие в мазках с поверхности шейки матки клеток многослойного плоского эпителия, а из цервикального канала – призматический или цилиндрический эпителий. Неинформативным также считалось отсутствие клеточных элементов или значительного количества разрушенных клеток. В таких случаях проводилось повторное исследование. В лаборатории мазок окрашивали гематоксилином и эозином с оценкой по Папаниколау.

В мазках у женщин с патологией шейки матки преобладали клетки промежуточных слоев, имелось большое количество ладьевидных клеток средних размеров, наблюдался активный цитоллиз клеток (обнаруживалось много «голых ядер», клеточный детрит и обрывки цитоплазмы), имелось большое количество палочек Додерлейна и большое количество клеток цилиндрического эпителия. Гиперпаракератоз, проявляющийся наличием безъядерных «чешуек» плоского эпителия, скоплением блестящих безъядерных клеток, наличием мелких клеток плоского эпителия округлой, овальной, вытянутой или полигональной формы, расположенных разрозненно или в пластах, выявлялся с небольшой частотой (14,8%) – в первом триместре, 20,3% – во II и III триместрах гестации.

Цитологические признаки папилломовирусного поражения шейки матки были выявлены в I триместре беременности в 8,1% случаев, во II триместре – 25,7% и в III триместре беременности – 33,8%.

Обнаружение койлоцитов лишь у 10% с нормальной шейкой матки при увеличении этого показателя до 90% при эктопии и до 80% при полипах играет определенную роль в диагностике латентно протекающего ВПЧ. Этот вывод подтвержден результатами бактериологического исследования, которое позволило выявить ВПЧ практически у всех пациенток с койлоцитами в цитологических мазках и провести патогенетически обоснованное лечение препаратом интерферона.

При наличии воспалительных изменений у ряда пациенток с изменениями шейки матки результаты цитологического исследования выявили клетки многослойного плоского эпителия с признаками дискариоза у 4 (5,4%) беременных женщин, на основании чего поставлен диагноз «Дисплазия 1-2-й степени».

Бактериологическое исследование. После обнажения шейки матки в зеркалах влагалищную часть ее тщательно обрабатывали ватным тампоном, смоченным стерильным физиологическим раствором. После этого тонким ватным тампоном, осторожно введенным в цервикальный канал, не касаясь стенок влагалища, брали материал для исследования, помещали в транспортную среду и доставляли в бактериологическую лабораторию. Хламидийная инфекция, гарднереллы и кандиды обнаружены практически в одинаковом проценте случаев как в группе с нормальной шейкой матки, так и при ее изменениях, что не позволило связать воспалительные изменения, эктопию и полип с данными инфекциями. Среди ИППП в I группе наиболее часто встречались хламидии, микоплазмы (12-16,2%) и, как результат, нарушение микробиотоза влагалищной флоры – бактериальный вагиноз (16-21,6%). Во II группе среди ИППП наиболее часто встречались хламидии, микоплазмы (6-15,8%) и, как результат, нарушение микробиотоза влагалищной флоры – бактериальный вагиноз (7-18,4%).

В I группе наиболее часто пациентки лечились от ИППП, эндоцервиксита и доброкачественных заболеваний шейки матки. Однако частота эндоцервиксита и доброкачественных заболеваний шейки матки в II группе были достоверно ниже, чем в I группе ($p < 0,05$).

Заключение

Кольпоскопическое обследование шейки матки у беременных является важнейшим диагностическим критерием, позволяющим на ранних этапах выявлять воспалительные процессы, невидимые при визуальном обследовании и решить вопрос о дополнительном микробиологическом обследовании и ранней терапии с целью предотвращения развития эктопии или полипов.

Были выявлены особенности ультразвуковой картины состояния шейки матки у беременных женщин. Такие физиологические изменения шейки матки, как гипертро-

фия, подтверждаются увеличением размера и объема шейки матки у всех обследованных беременных женщин.

В мазках у женщин с патологией шейки матки преобладали клетки промежуточных слоев, имелось большое количество ладьевидных клеток средних размеров, наблюдался активный цитоллиз клеток (обнаруживалось много «голых ядер», клеточный детрит и обрывки цитоплазмы), имелось большое количество палочек Додерлейна и большое количество клеток цилиндрического эпителия.

Анализ особенностей течения беременности у женщин без изменений шейки матки (II группа) не выявил достоверного повышения угрозы прерывания беременности (7,9%), анемии (13,2%) и ФПН (5,2%) по сравнению с популяцией. Результаты исходов беременности у пациенток II группы женщин позволили сделать вывод о том, что в 90% случаев роды происходили в срок, без оперативного родовспоможения и каких-либо специфических осложнений.

Дисплазия шейки матки может клинически проявиться в любые сроки беременности, чаще возникает у пациенток с хронической урогенитальной инфекцией и длительно существующей псевдоэрозией шейки матки и в половине случаев не определяется при кольпоскопии, но выявлена при цитологическом исследовании у 4 (5,4%).

Изучение особенностей течения беременности пациенток с эктопией позволило выявить отсутствие

нарастания угрозы невынашивания и преждевременных родов (10,8%) у беременных женщин с эктопией шейки матки. Однако наблюдается увеличение почти в 2 раза признаков воспалительных заболеваний влагалища (37,8%) на фоне нарушения микробиотоза. В группе женщин с эктопией в 83,7% случаев роды происходили в срок, без оперативного родовспоможения и каких-либо специфических осложнений.

По результатам анализа особенностей течения беременности у пациенток с полипами выявлено нарастание угрозы невынашивания во II триместре (39,2%) и снижение угрозы преждевременных родов в III триместре (28,4%) у беременных женщин с полипами шейки матки. Анализ результатов исходов беременности пациенток с полипами шейки матки показал, что у 53,3% пациенток с полипами роды происходили в срок, но наблюдалась высокая частота (26,7%) оперативного родоразрешения.

Проведенное исследование свидетельствует о наличии у большинства обследуемых беременных высокой частоты воспалительных заболеваний шейки матки до наступления беременности, некорректной тактике ведения пациенток с этими изменениями, заключающейся в длительном наблюдении пациенток без проведения адекватного лечения до наступления беременности и отсутствии адекватной прегравидарной подготовки у большинства женщин с ИППП и ВПЧ.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. М. 2007; 500 с.
2. Аполихина И.А., Денисова Е.Д. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современной гинекологии и пути ее решения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007; 6 (6): 70-75.
3. Демидов В.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 2000; 23 с.
4. Гинекология. Национальное руководство. М. 2009; 1150 с.
5. Долгушина В.Ф. Диагностика, лечение воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов, прогнозирование и профилактика их осложнений у беременных (клинико-иммунологическое исследование). Автореф. дисс. докт. мед. наук. Харьков. 1991; 29 с.
6. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. М. 2006; 272 с.
7. Зароченцева Н.В. Заболевание шейки матки при беременности. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М. 2009; 45 с.
8. Куликов И.А. Особенности патологии шейки матки во время беременности. Дисс. канд. мед. наук. М. 2011; 114 с.
9. Краснополский В.И., Серова О.Ф., Зароченцева Н.В. и др. Патологические изменения шейки матки при беременности. Акушерство и гинекология. 2006; 4: 35-40.
10. Сидорова И.С., Овсянникова Т.В., Макаров И.О. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. М. 2009; 720 с.
11. Anttila T., Saikku P., Koskela P. et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk for development of cervical squamous cell carcinoma. Journal of the American Medical Association. 2001; 285 (1): 47-51.
12. Castellsague X. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. N. Engl. J. Med. 2002; 346 (15): 1105-1112.
13. Shlay J.C., Dunn T., Byers T. et al. Prediction of cervical intraepithelial neoplasia grade 2-3 using risk assessment and human papillomavirus testing in women with atypia on Papanicolaou smears. Obstet. Gynecol. 2000; 96 (3): 410-416.
14. Soma H., Okada T., Yoshinari T. et al. Placental site trophoblastic tumor of the uterine cervix occurring from undetermined antecedent pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2004; 30 (2): 113-116.

METHODS OF CERVICAL EXAMINATION IN PREGNANT WOMEN

Sidorova I.S., Atabieva D.A.

State Federal-Funded Educational Institution of Higher Vocational Training I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract: This article evaluates the validity of different diagnostic methods that are used when cervical pathology is suspected in pregnancy. Pregnant women were divided in two groups, one with pathological conditions of the cervix and the other lacking thereof. We used instrumental, cytological and bacteriological examination methods. Colposcopy provides the most important diagnostic criteria which allow early detection of cervical pathology.

Key words: cervical pathology in pregnancy, methods of examination.