



Библиотека
врача-специалиста

Акушерство
Гинекология

С.И. Роговская

Практическая кольпоскопия

5-е издание,
исправленное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

Оглавление

<i>Список сокращений</i>	9
<i>Предисловие</i>	11
<i>Введение</i>	12
Глава 1. История развития кольпоскопии	14
1.1. Создание кольпоскопа	14
1.2. Этапы развития кольпоскопии	15
1.3. Пропаганда и внедрение	16
1.4. Организация службы кольпоскопии	18
1.5. Факторы, влияющие на эволюцию ведения цервикальной патологии	19
1.6. Актуальные вопросы современной кольпоскопии	20
Ключевые моменты для запоминания	22
Глава 2. Анатомия и гистология шейки матки	23
2.1. Морфологические особенности	23
2.2. Гистологические особенности цервикальной интраэпителиальной неоплазии	31
2.3. Микроценоз влагалища	33
Ключевые моменты для запоминания	35
Глава 3. Основные методы диагностики	36
3.1. Цитологический метод диагностики	36
3.2. Гистологический метод диагностики	43
3.3. Клинико-визуальный метод диагностики	49
3.4. Молекулярно-биологические методы диагностики	49
3.5. Оптико-электрическая диагностика	53
Ключевые моменты для запоминания	56
Глава 4. Методики и технология кольпоскопии	58
4.1. Методики кольпоскопии	58
4.2. Виды кольпоскопов	59
4.3. Технология кольпоскопии	61
4.4. Основные ошибки при проведении кольпоскопии	64
4.5. Документирование кольпоскопии	64
Ключевые моменты для запоминания	66

Глава 5. Задачи кольпоскопии и критерии оценки эпителия	67
5.1. Задачи кольпоскопии	68
5.2. Критерии оценки тканей при КС	68
5.3. Градация кольпоскопических признаков	74
Ключевые моменты для запоминания	77
Глава 6. Терминология и классификации	78
6.1. Кольпоскопическая терминология	78
6.2. Гистологическая терминология	87
Ключевые моменты для запоминания	88
Глава 7. Основные кольпоскопические картины	90
7.1. Норма	90
7.2. Аномальные кольпоскопические картины	97
7.2.1. Аномальные картины неспецифические	108
7.3. Кольпоскопические картины при подозрении на инвазивную карциному	112
7.4. Другие доброкачественные поражения (смешанные)	114
Ключевые моменты для запоминания	118
Глава 8. Кольпоскопия в нестандартных ситуациях	120
8.1. Беременность	120
8.2. Постменопауза	125
8.3. Контрацепция и гормональная терапия	127
8.4. Воспаление	129
8.5. Папилломавирусная инфекция	137
Ключевые моменты для запоминания	143
Глава 9. Кольпоскопия влагалища	145
9.1. Особенности вагиноскопии	145
9.2. Техника вагиноскопии	145
9.3. Биопсия влагалища	146
9.4. Поражения влагалища	146
9.5. Кольпоскопия после гистерэктомии	149
Ключевые моменты для запоминания	149
Глава 10. Кольпоскопия вульвы	150
10.1. Особенности вульвоскопии	150
10.2. Техника вульвоскопии	152
10.3. Биопсия вульвы	152
10.4. Поражения вульвы	154

10.5. Анус и перианальная область.	162
Ключевые моменты для запоминания	162
Глава 11. Оперативная кольпоскопия: методики лечения	
патологии нижних отделов гениталий	163
11.1. Современные возможности лечения	163
11.2. Физиохирургические методы.	167
11.3. Хирургический метод лечения.	175
11.4. Альтернативные методы лечения ПВИ	176
Ключевые моменты для запоминания	178
Глава 12. Современные подходы к ведению женщин	
с патологией шейки матки	180
12.1. Общие подходы к ведению женщин.	180
12.2. Тактика ведения женщин с доброкачественными поражениями	181
12.3. Тактика ведения женщин с CIN. Международные стандарты ведения плоскоклеточных интраэпителиальных поражений	186
12.4. Тактика ведения женщин с инвазивными поражениями и аденокарциномой.	194
12.5. Наблюдение после лечения	194
12.6. Клинические наблюдения	197
Ключевые моменты для запоминания	211
Глава 13. Профилактика рака шейки матки	212
13.1. Основные стратегии профилактики.	212
13.2. Образование населения и барьерная контрацепция	212
13.3. Вакцины против папилломавируса — вакцины против цервикального рака	213
13.4. Раннее выявление патологии шейки матки — скрининг	216
Ключевые моменты для запоминания	217
Глава 14. Психологические аспекты кольпоскопии	
и практические рекомендации	219
14.1. Психологические аспекты кольпоскопии	219
14.2. Практические рекомендации	220
Ключевые моменты для запоминания	222
<i>Заключение</i>	<i>224</i>
<i>Приложения</i>	<i>225</i>

Словарь терминов	225
Протокол кольпоскопии	229
Коды заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы.	231
Классификация ранних стадий РШМ (по FIGO)	232
<i>Литература</i>	233

Глава 7

Основные кольпоскопические картины

Приводим характеристику наиболее часто встречающихся кольпоскопических картин, которые соответствуют международной практике и могут выноситься в кольпоскопический диагноз порознь или в различных сочетаниях [22, 61, 112, 166, 167].

7.1. НОРМА

Многослойный плоский эпителий (МПЭ)

Соответствует терминам «оригинальный сквамозный эпителий», «подлинный (естественный) многослойный плоский эпителий» (squamos — чешуйка; сквамозный — слущивающийся), «идиопатический плоский эпителий». МПЭ выстилает влагалище и влагалищную часть ШМ, часто его называют просто плоским эпителием.

Этот тонкий, практически бесцветный, без сосудов эпителий состоит из 4 рядов клеток (см. главу 2). МПЭ отделен от стромы, подлежащей под эпителием соединительной ткани ШМ, базальной мембраной. В здоровых сосудах стромы сохранена мышечная прослойка, и после аппликации раствором уксусной кислоты сосуды хорошо сокращаются в ответ на раздражение, что определяет соответствующую кольпоскопическую картину.

Кольпоскопическая картина

Поверхность МПЭ гладкая, блестящая, сочная, без каких-либо выпуклостей или изъязвлений (фото 12, а, см. цв. вклейку). Цвет МПЭ обычно светло-розовый, но может меняться в зависимости от возраста и физиологического состояния женщины. Перед менструацией и при беременности, к примеру, он приобретает цианотичный оттенок, что объясняется усилением кровенаполнения субэпителиальных сосудов в ответ на гормональные изменения. Сосудистый рисунок подлежащей стромы нежный с удлинёнными ветвями. При обработке раствором уксусной кислоты МПЭ бледнеет, а раствором Люголя равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет (фото 12, б, см. цв. вклейку).

С помощью кольпоскопа можно обнаружить гормонально обусловленные изменения в эпителии влагалища и влагалищного участка ШМ. У пациенток, которые принимают блокаторы овуляции с большим содержанием гестагена, также часто обнаруживается синевато-красное окрашивание эпителия.

У женщин детородного возраста нормальный эпителий имеет блестящую розовую поверхность. У пожилых женщин плоский эпителий истончается и сосуды просвечивают.

Цилиндрический эпителий (ЦЭ), эктопия, эктропион

В норме у большинства женщин ЦЭ выстилает поверхность эндоцервикса, состоит из одного ряда высоких цилиндрических клеток, секретирующих слизь. В период развития половой системы у новорожденной девочки отмечается перемещение ЦЭ за наружный маточный зев и расположение его в виде овала вокруг наружного зева. В таких случаях говорят о врожденной эктопии, что является очень распространенным физиологическим явлением в ШМ.

Участки ЦЭ на поверхности экзоцервикса вокруг наружного зева принято называть эктопией. Локализация и распространенность ее разнообразны: от отдельных островков до обширных площадей, занимающих всю влагалищную часть ШМ. Участки ЦЭ во влагалище называют аденозом, что встречается крайне редко.

Эктопия у большинства девочек присутствует перед первой менструацией и сохраняется долгое время. В детородном возрасте в норме граница цилиндрического и плоского эпителия (стык) в большинстве случаев подходит к наружному зеву шейки матки и хорошо видна в кольпоскоп.

Кольпоскопическая картина

Поверхность ЦЭ выглядит как красная, бархатистая и сосочковая. По сравнению с окружающим МПЭ уровень ЦЭ может быть ниже (фото 13, а, см. цв. вклейку). Эктопические элементы имеют вид гроздьевидных образований шаровидной или продолговатой формы различных размеров, блестящих и как бы мокрых, которые четче выявляются после обработки раствором уксусной кислоты (грозди белеют) (фото 13, б, см. цв. вклейку); при этом раствором Люголя эктопия практически не окрашивается (фото 13, в, см. цв. вклейку). Без уксусной кислоты видно только красное пятно (его иногда называли эритроплакия). По мнению большинства авторов, врожденная и приобретенная эктопии кольпоскопически имеют одинаковую традиционную картину (фото 13, г, д, см. цв. вклейку). Внутри каждого сосочка может визуализироваться сосудистая петля. Врачи, не применяющие кольпоскоп, до сих пор обозначают это явление как псевдоэрозию или просто эрозию.

ЦЭ шейки матки выделяет щелочную слизь, которая проникает в кислую среду влагалища и может вызвать гиперсекрецию с вторичным воспалением. При остром и хроническом цервиците, сопровождающемся белями, эктопия может быть вторично изменена в результате воспаления, и тогда показано местное лечение.

При беременности и приеме гормональных противозачаточных средств в эктопии могут появиться отечные полипозные изменения в виде гиперплазированных длинных сосочков. Из-за сильного разрастания сосудов диагностика иногда затруднена. В подобных ситуациях гипертрофированные сосочки можно легко перепутать с начальными формами экзофитных кондилом, тогда могут прояснить ситуацию Пап-тест и цитологические анализы. Самым лучшим и быстрым средством отличия в данном случае служит реакция на уксусную кислоту. Кондиломы реагируют активнее и становятся белыми.

Эктропион

Эктропионом называют состояние выворота слизистой оболочки цервикального канала во влагалище. Происходит иногда после родов, операций, иногда бывает врожденный. В результате изменения стромально-эпителиальных соотношений на фоне нарушения микроциркуляции и иннервации наружный зев не смыкается, а вывернутый участок канала определяется в виде структуры с характерными складками в форме еловых ветвей, направленных к зеву. Нередко эктропион подвергается метаплазии, тогда наблюдается ЗТ.

Дифференцируют с эктопией. Так, эктропион при частичном выведении влагалищного зеркала уменьшается в размере и частично «складывается», при этом ШМ более напоминает свою физиологическую форму. Эктопия при этом не меняется.

Кольпоскопическая картина

Зависит от качества эпителия, наличия метаплазии, наличия или отсутствия участков аномального эпителия. Характеризуется наличием складок в виде еловых ветвей, которые часто покрыты метапластическим эпителием, несколько белеющим после обработки раствором уксусной кислоты (см. фото 27, е, ж, з, см. цв. вклейку).

Обычно эктропион лечения не требует. Следует помнить о том, что при обычной жизни ШМ с эктропионом находится в «сложенном» состоянии, зев при этом не зияет, как это можно увидеть при нарушении архитектоники влагалища при врачебном осмотре в зеркалах. Поэтому особой нужды в лечении эктропиона нет.

Нормальная зона трансформации (ЗТ)

Термин «нормальная ЗТ» соответствует термину «зона превращения». Нормальная ЗТ возникает в процессе перекрытия или замещения зоны цилиндрического эпителия плоским эпителием и располагается между расположенным проксимально к зеву стыком эпителиев (ЦЭ и МЭ) и натуральным МПЭ (фото 14, а, см. цв. вклейку). Границей ЗТ принято считать «последнюю железу», т.е. наиболее дистально удаленную от наружного зева кольпоскопически определяемую открытую или закрытую железу.

Как уже указывалось, ЗТ морфологически характеризуется наличием метапластического эпителия различных степеней зрелости, открытых и закрытых желез (наботовых кист), островков ЦЭ, наличием сосудистой сети. ЗТ не всегда соответствует гистологической переходной зоне, которая может быть несколько меньшей по размеру. Зона трансформации встречается как на экзоцервиксе, так и в цервикальном канале, может иметь место на поверхности полипов. Признаки активности ВПЧ обнаруживают, как правило, именно в зоне трансформации. Морфологическая основа ЗТ подробно представлена в главе 2.

При перекрытии устьев ветвящихся железистых ходов ЦЭ образуются ретенционные, или наботовы, кисты — закрытые железы. Открытые железы продолжают вырабатывать секрет, который выделяется через

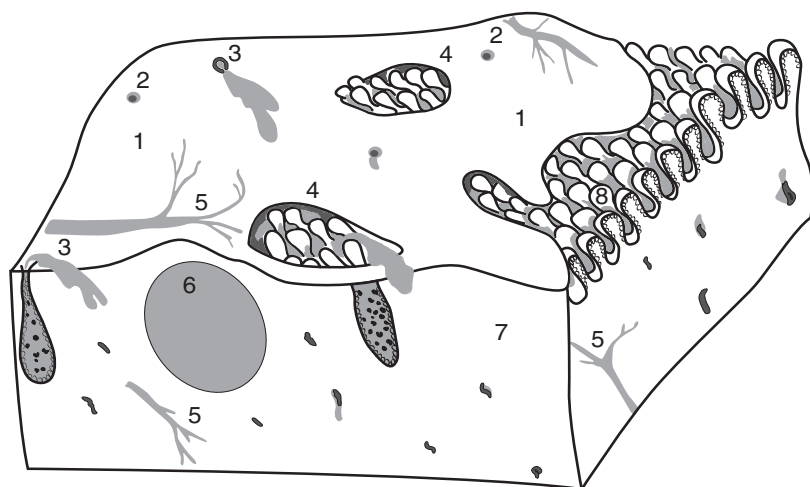


Рис. 9. Схематическое изображение структуры нормальной зоны трансформации: 1 — плоский эпителий; 2 — открытые железы; 3 — открытые железы с выделяющейся слизью; 4 — островки ЦЭ; 5 — сосуды; 6 — закрытые железы с сосудистым рисунком; 7 — подлежащая соединительная ткань (строма); 8 — ЦЭ

открытые протоки. В некоторых случаях для ЗТ характерно наличие повышенной васкуляризации в виде ветвящихся сосудов (рис. 9).

После завершения процесса метаплазии ЗТ представляет собой обычный многослойный плоский эпителий. И только по наличию отдельных открытых или закрытых желез можно понять, что в данном участке ранее была эктопия.

Обычно женщины с эктопией и нормальной зоной трансформации на ШМ не подлежат деструктивному лечению, их целесообразно наблюдать с ежегодной контрольной КС и цитологическим анализом.

Кольпоскопическая картина

Кольпоскопическая картина ЗТ зависит от степени замещения ЦЭ плоским (этапа эпидермизации) и характера метаплазии. Плоский метапластический эпителий ЗТ долгое время остается тонким, и поэтому участок на месте бывшей эктопии, уже покрытый ПЭ, долго выглядит красным, после обработки уксусной кислотой слегка белеет. Чем ниже степень зрелости эпителия, тем более неблагоприятно он выглядит при КС.

Кольпоскопически различают метаплазию 2 типов. При первом варианте виден прогрессирующий переход плоского эпителия с периферии в ЦЭ в проксимальном направлении (фото 14, б, см. цв. вклейку). При втором варианте очаги МЭ появляются сверху по всей поверхности ЦЭ шейки матки из недифференцированных субцилиндрических клеток в виде островков различной формы и величины (фото 14, г, см. цв. вклейку).

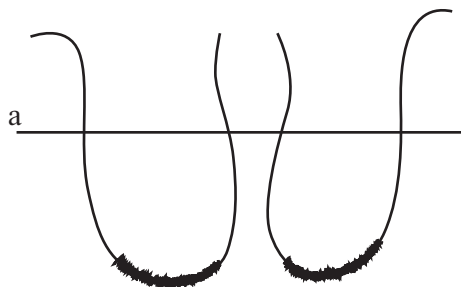
При тонком слое плоского эпителия поверхность имеет красный цвет за счет просвечивания полнокровной подлежащей ткани. При восстановлении всех рядов ПЭ поверхность становится бледно-розовой. При усиленной васкуляризации на поверхности ЗТ выявляются разнокалиберные сосуды в виде веточек, кустиков и метелочек. Равномерность деления сосудов является характерным признаком доброкачественной сосудистой картины ЗТ в отличие от хаотического расположения сосудов в атипическом эпителии. Возможны самые разнообразные комбинации элементов ЗТ. Иногда преобладает плоский эпителий, так что заметны единичные эктопические островки (фото 14, д, е, см. цв. вклейку). В другом случае большая часть влагалищного участка ШМ покрыта эктопией, и лишь отдельные ареалы плоского эпителия по краям или на поверхности ЦЭ становятся метапластичными и имеют плоский вид в виде пленки, перекрывая сосочки ЦЭ.

Закрытые железы белесовато-желтоватого цвета полусферически выступают над окружающей тканью, на их поверхности выявляется равномерный сосудистый рисунок с радиально расположенными сосудами, идущими от периферии к центру. Часто в них сгущается секрет, и покрывающий их плоский эпителий приобретает беловатый глянец. Кроме того, здесь часто можно наблюдать многочисленные разветвленные, похожие на дерево сосуды.

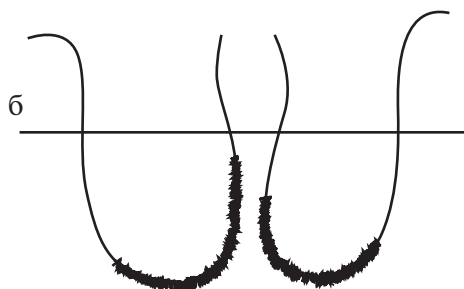
Так называемые открытые железы определяются в виде темных точечных отверстий различной величины. Из-за давления секрета при внимательном кольпоскопическом осмотре можно наблюдать выделение слизи через отверстия. Вокруг протоков часто наблюдается нежный светлый ободок МПЭ. Это признак нормы. Плотный валикообразный светлый ободок вокруг ОЖ расценивается как неблагоприятный признак атипии. При обработке раствором уксусной кислоты более четко выявляются протоки открытых желез и ободки вокруг них.

При наличии сосудов в нормальной ЗТ под действием уксусной кислоты они сужаются и сокращаются, вся ЗТ становится равномерно бледной (см. фото 14, д, см. цв. вклейку).

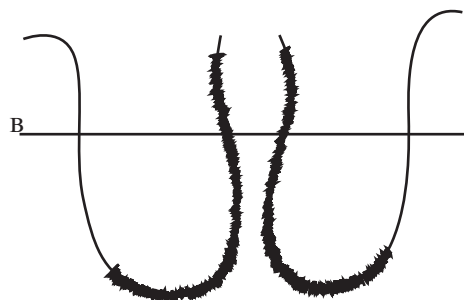
По соотношению экзоцервикального и эндоцервикального компонентов ЗТ принято разделять на 3 типа: 1, 2 и 3-й типы, которые представлены на рисунке 10.



ЗТ типа 1
Полностью на экзоцервиксе.
Полностью визуализируется.
Любых размеров



ЗТ типа 2
Не полностью на экзоцервиксе,
имеет эндоцервикальный
компонент.
Полностью визуализируется.
Любых размеров



ЗТ типа 3
Полностью не визуализируется.
Не полностью на экзоцервиксе,
имеет большой эндоцервикальный
компонент.
Любых размеров.
КС неудовлетворительная, стык
в эндоцервиксе не виден

Рис. 10. Типы ЗТ

Первым и самым важным этапом обучения кольпоскопии является выработка врачом умения видеть нормальные кольпоскопические картины и их физиологические вариации.

Как пишет Бауэр, «можно со 100%-ной уверенностью считать ЗТ нормальным явлением для женщин детородного возраста». Поэтому еще раз следует подчеркнуть, что большинство женщин, у которых кольпоскопически определяется нормальная ЗТ и эктопия, клинически относятся к практически здоровым и не нуждаются в деструктивном лечении.

В соответствии с последней кольпоскопической классификацией 2011 г. в группу нормальных картин внесены децидуоз при беременности и атрофия в постменопаузе, которые рассматриваются в главе 8.

7.2. АНОМАЛЬНЫЕ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ

Аномальные, анормальные, абнормальные, ненормальные кольпоскопические картины включают различные признаки, подозрительные в отношении интраэпителиальных неоплазий. Раньше их называли атипическими, однако от этого термина пришлось отказаться, поскольку большинство из них неспецифичны и, кроме CIN, могут быть характерны и для некоторых других состояний, в частности хронических цервицитов, незрелой метаплазии и т.п.

Как уже указывалось, перечисленные ниже аномальные признаки могут быть слабовыраженными, что соответствует по классификации аномальной картине 1-й степени (соответствует LSIL), и резко выраженными (аномальная картина 2-й степени, HSIL). Также выделяют неспецифические аномальные картины (см. 7.2.1).

Ацетобелый эпителий (АБЭ)

Ацетобелым (уксусно-белым) эпителием называют любой участок эпителия ШМ или другой локализации гениталий, который приобретает белый цвет той или иной интенсивности в ответ на импрегнирование раствором уксусной кислоты.

Белый эпителий считается наиболее важным кольпоскопическим признаком. По мнению многих авторов, практически все участки, где происходит развитие CIN, проявляют различную интенсивность побеления после обработки раствором уксусной кислоты. Этот признак является характерным для всех степеней CIN и позволяет заподозрить

процесс на самых ранних стадиях развития, поскольку уязвимым для этой пробы является эпителий с определенными нарушениями в структуре клеток (увеличение и нарушение в структуре ядер, изменения ядерно-цитоплазматических взаимоотношений и т.д.).

Белый эпителий не следует путать с лейкоплакией (участком керато-за), белый цвет которой имеет другую природу.

Следует помнить, что АБЭ может быть проявлением ВПЧ-инфекции, незрелой метаплазии, регенерации и репарации, врожденной ЗТ, воспаления, CIN, аденокарциномы, плоскоклеточного РШМ. Беловатым может стать, например, атрофический эпителий, контуры которого будут расплывчатыми, а процесс побеления — слабым и кратковременным. Интенсивность побеления обычно прямо коррелирует со степенью тяжести процесса.

Нормальные сосуды при обработке уксусной кислотой, как правило, кратковременно исчезают, атипичные не изменяются.

Кольпоскопическая картина

Признак появляется только после обработки 3–5% раствором уксусной кислоты и характеризуется выделением с той или иной скоростью участков белого цвета с четкими контурами на поверхности эпителия. Равномерное неинтенсивное побеление больших участков плоского и цилиндрического эпителия не следует относить к аномальным признакам.

По интенсивности выделяют беловатый (фото 15, а, б, см. цв. вклейку), белый (фото 15, в, г, см. цв. вклейку), густой белый эпителий (фото 15, д); при этом он бывает плоский или папиллярный. Первые два могут быть показателями как LSIL, так и других состояний: воспалений, цервицита и т.п. Последние более характерны для HSIL. Согласно классификации АБЭ может быть нежный (см. фото 15, а, б, см. цв. вклейку) и грубый (фото 15, д, е, см. цв. вклейку). Грубый АБЭ можно видеть невооруженным глазом, поэтому проба широко применяется для скрининговых программ в беднейших странах.

Главная кольпоскопическая характеристика этого признака в том, что чем интенсивнее белеет ткань после обработки уксусной кислотой и чем дольше сохраняет этот эффект, тем серьезнее и глубже поражение. Четкие контуры белого эпителия, быстро проявляющаяся реакция, ярко выраженная интенсивность цвета и способность длительно сохранять бело-серый цвет свидетельствуют о высокой вероятности атипии.

АБЭ может появиться и вне ЗТ на фоне неизмененного МПЭ, что больше характерно для ПВИ или очагового цервицита. В таком случае прогноз более благоприятный. Чаще АБЭ появляется в пределах ЗТ, где

почти всегда имеется МЭ разной степени зрелости, по-разному реагирующий на раздражение уксусной кислотой. Нередко участки АБЭ могут одновременно содержать признаки мозаики или пунктации.

В кольпоскопический диагноз признак АБЭ может выноситься самостоятельно.

Йоднегативная зона (ЙНЗ)

Данный термин, в отличие от терминов «кератоз» или «лейкоплакия», характеризует изменение МПЭ, которое можно заметить только после нанесения раствора Люголя. ЙНЗ представляет собой, как правило, кератинизированный эпителий, однако предсказать качество тканей под ороговевшим слоем кольпоскопически невозможно, поэтому большинство авторов считают необходимым производить прицельную биопсию с этих участков. ЙНЗ может соответствовать незрелой метаплазии, CIN, локальной атрофии МПЭ при низком уровне эстрогенов. Мелкие очаги ЙНЗ эпителия особой тревоги не вызывают.

ЙНЗ можно видеть невооруженным глазом, поэтому проба широко применяется для скрининговых программ в малообеспеченных регионах.

Кольпоскопическая картина

После пробы Шиллера можно видеть патологически измененный эпителий, не возвышающийся над поверхностью окружающих тканей, так называемый немой йоднегативный участок, который может принимать самые причудливые формы, внешне напоминая эпидермис (фото 16). При этом этот участок может в одних случаях не реагировать на предварительную обработку раствором уксусной кислоты и до нанесения раствора Люголя быть неотличимым от нормального МПЭ, в других случаях (более неблагоприятных) быть ацетобелым.

Следует обращать внимание на края и степень контрастности йоднегативного участка по сравнению с окружающим МПЭ (см. фото 11, г, см. цв. вклейку). Если контуры нечеткие, а цвет нерезко отличается, частично прокрашивается, этот признак характеризует доброкачественный процесс.

Если цвет контрастный, резко-серый, «устричный» или горчичный с резкими четкими контурами, то следует думать об атипии. На участки резко очерченных йоднегативных образований, особенно приподнимающихся над поверхностью МПЭ, следует обращать особое внимание, ставить под прицельное наблюдение.

Пунктация (П)

Пунктация, или, другими словами, точечность, соответствует старому термину «основа» и представляет собой одно из проявлений атипической васкуляризации эпителия. Термин «основа» (ground) ввел в практику кольпоскопии Гинзельман для обозначения участков эпителия с мелкой крапчатостью, появившихся после того, как он удалял тампоном тонкую лейкоплакию. Гистологически пунктация представляет собой зону эпителия с удлинненными стромальными папиллами (выростами), в каждой из которых имеется сосудистая петля, доходящая почти до поверхности, пенетрирующая эпителий (рис. 11).

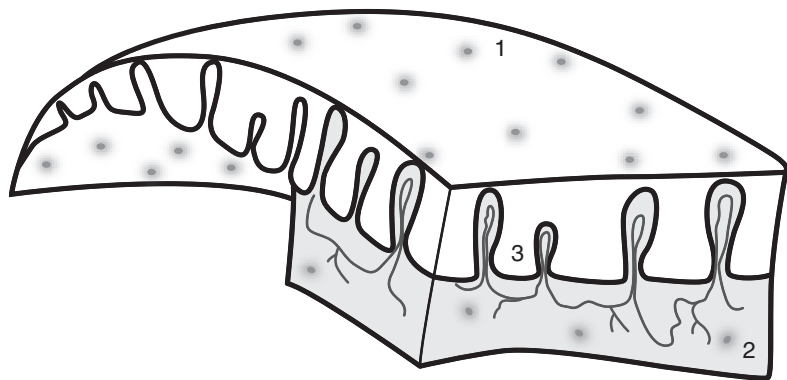


Рис. 11. Схематическое изображение патологической васкуляризации эпителия в виде пунктации: 1 — поверхность МПЭ с пунктацией; 2 — строма; 3 — прорастание стромальных папилл с сосудами внутри почти до поверхности эпителия

Кольпоскопическая картина

Определяются множественные красноватые точки на фоне белесоватых или желтоватых участков эпителия. Согласно классификации П подразделяется на нежную и грубую. Если точки мелкие, равномерно расположенные, одинаковые (нежная П), то, как правило, эта картина доброкачественная или соответствует легкой степени поражения (фото 17, а, см. цв. вклейку). Рельефные, крупные, неравномерно расположенные, четко проявляющиеся после обработки уксусной кислотой точечные капилляры (фото 17, б, см. цв. вклейку) соответствуют выраженной степени поражения (грубая П) (рис. 12).

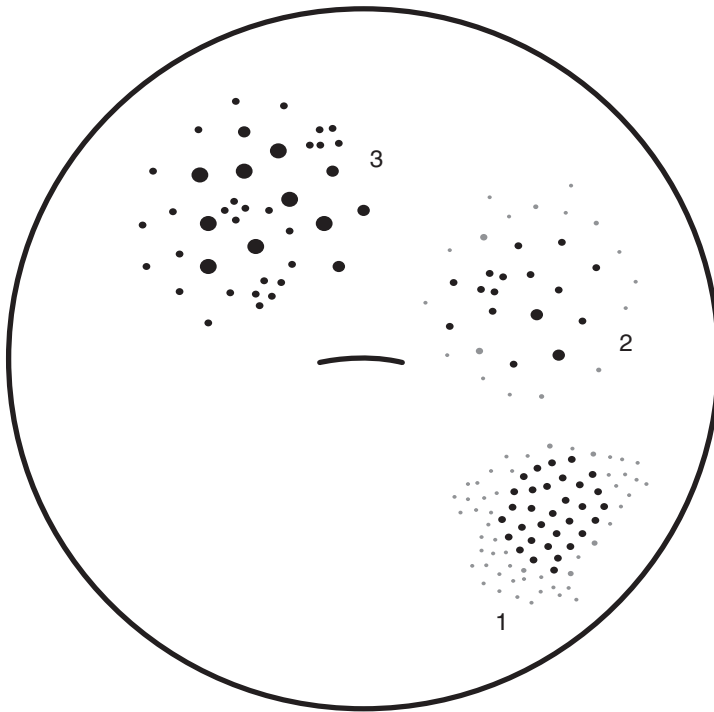


Рис. 12. Схематическое изображение патологической васкуляризации эпителия в виде пунктации на поверхности эпителия: 1 — нежная пунктация; 2 — промежуточная пунктация; 3 — грубая пунктация

Очень важно научиться правильно оценивать межкапиллярные расстояния. Если они небольшие и одинаковые (регулярная П), то это признак благоприятный. Если расстояния неравномерно увеличиваются (нерегулярная П), то это расценивается как неблагоприятный признак.

При большом увеличении можно увидеть капиллярные петли. Иногда эти точки выступают в виде сосочков. Иногда в участке П большое увеличение позволяет рассмотреть штопорообразные сосуды, пронизывающие эпителий, что всегда должно быть основанием для биопсии.

Поверхность П по отношению к окружающей ткани визуалью может быть вдавленной, при контакте может легко кровоточить. Проба

Шиллера при CIN отрицательная. Она помогает также в дифференциальной диагностике с очаговым цервицитом (при цервиците проба Шиллера положительная). Иногда участки линейной нежной пунктации появляются после лечения ШМ физиохирургическими методами и характеризуют процесс репарации (фото 17, в, см. цв. вклейку).

Мозаика (М)

Термин «мозаика» соответствует старому термину «поля». Гистологически это разветвленные в эпителии стромальные папиллы (выросты) с сосудами внутри. Практически М представляет собой островки МЭ или атипического эпителия, окруженные сосудистыми линиями. При этом массивные тяжи плоского эпителия могут глубоко внедряться в подлежащую ткань (рис. 13).

Невооруженным глазом мозаика и пунктация обычно не видны.

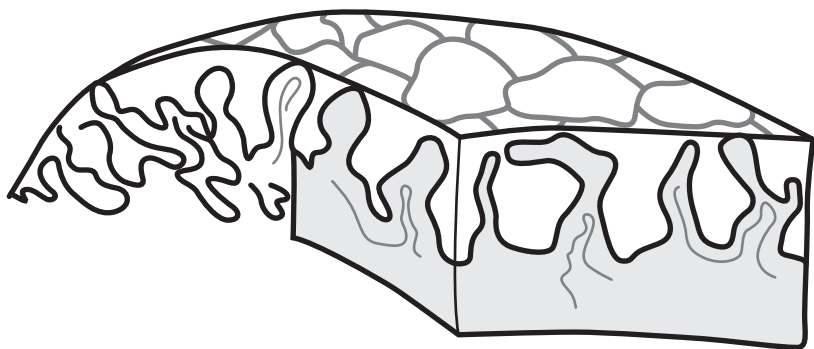


Рис. 13. Схематическое изображение патологической васкуляризации эпителия в виде мозаики. Атипическая васкуляризация МПЭ в виде ветвящихся стромальных папилл с сосудами внутри

Кольпоскопическая картина

Картина М до обработки раствором уксусной кислоты может быть очень неспецифичной и напоминать одну из васкуляризированных зон в ЗТ. Кольпоскопически мозаика представляет собой участки слизистой оболочки, разделенные на многоугольные или овальные желтовато-белые сегменты разного размера и формы, разграниченные непрерывными линиями красного цвета (рис. 14).

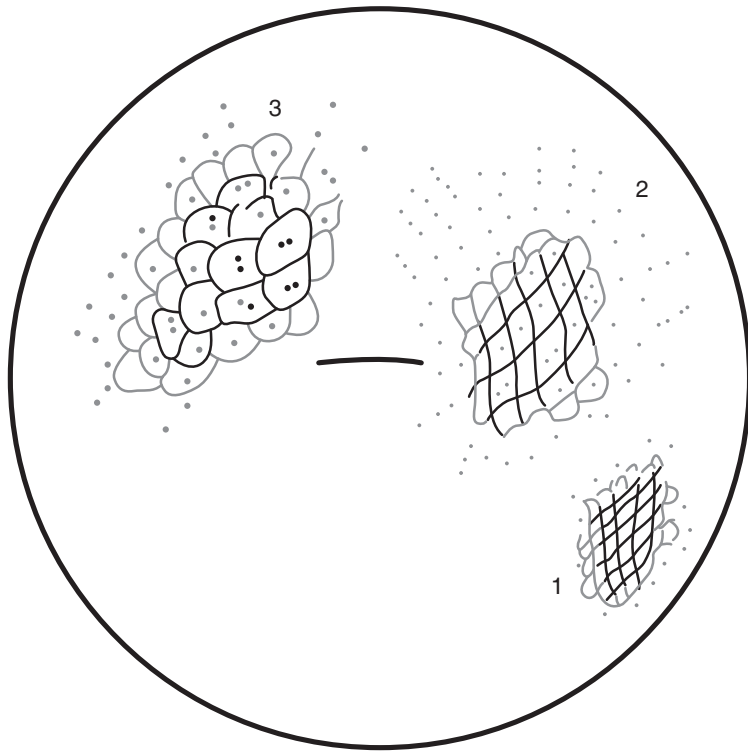


Рис. 14. Схематическое изображение патологической васкуляризации эпителия в виде мозаики на поверхности эпителия: 1 — нежная М; 2 — промежуточная М; 3 — грубая М

В практике КС чаще встречается нежная М. Она определяется на одном уровне с окружающими тканями и напоминает сетчатую мраморность, наиболее часто располагается по периферии зон трансформации (фото 18, а, б, см. цв. вклейку). После обработки уксусной кислотой рисунок и границы М становятся более определенными в виде сети бледных красных линий (фото 18, в, см. цв. вклейку). Аномальная М обычно йоднегативна (фото 18, г, см. цв. вклейку). Йодпозитивной становится М, свойственная воспалению и папилломавирусной инфекции.

Нежная М очень светлая, проявляется ненадолго, неинтенсивная, часто сопровождает процессы метаплазии. Если поля мозаики не слишком бросаются в глаза своей яркостью, контрастностью, т.е. не возвышаются над поверхностью влагалищного участка ШМ, имеют прибли-

зительно одинаковые мелкие размеры, то это явление не вызывает особого беспокойства и не всегда требует биопсии.

Грубая М напоминает булыжную мостовую (фото 18, д, см. цв. вклейку). Мозаичные области могут принимать различную форму, они могут быть квадратными, ромбическими или изломанными. Поля М при этом резко ацетобелые и долго сохраняют эту реакцию. Грубая М представляет собой островки различной величины и формы, имеет более выраженные борозды интенсивно красного цвета. После обработки раствором уксусной кислоты грубая М проявляется более резко в отличие от нежной М, изменяющейся в меньшей мере, и сохраняет свою яркость длительное время.

Если же наблюдается вздутие, т.е. атипичные участки эпителия возвышаются над уровнем слизистой оболочки, то это состояние следует расценить как чрезвычайно подозрительное (фото 18, е, ж, см. цв. вклейку).

Как и при оценке пунктации, при изучении характера М следует обязательно обращать внимание на так называемую межкапиллярную дистанцию. Мелкие и одинаковые участки М (регулярная М) более прогностически благоприятны, чем более крупные и неодинаковые (нерегулярная М). Необходимо подчеркнуть, что при обычном кольпоскопическом обследовании при 10- и 15-кратном увеличении почти незаметна эта разница. Необходимо использовать большое увеличение. В таком случае также хорошо подходит зеленый фильтр. При большом увеличении под фильтром межкапиллярная дистанция становится более видима.

Таким образом, П и М могут быть проявлением различных состояний: воспаления, быстро растущего метапластического эпителия, CIN, РШМ, рецидива этих состояний.

Если П и М не локализуются в ареале АБЭ, то маловероятно, что они отражают наличие CIN.

Атипические сосуды

При пролиферации эпителия количество субэпителиальных сосудов увеличивается. При бурном росте эпителия кровоснабжение изменяется, возникает так называемая адаптивная пролиферация сосудов, сосудистая атипия. Большинство авторов отмечают, что сосудистая атипия является гораздо более подозрительным признаком малигнизации, чем участки ороговевшего эпителия. Злокачественные процессы, как правило, сопровождаются пролиферацией кровеносных сосудов и изменением их структуры. Атипия сосудов нередко выявляется лишь при КС.

Не следует также забывать, что некоторая сосудистая атипия может сопутствовать воспалению, состоянию после лучевой терапии, метаплазии, системным заболеваниям.

Кольпоскопическая картина

Начинать осмотр сосудов следует при малом увеличении, затем обязательно использовать большое (как правило, 30-кратное) и зеленый фильтр. При использовании цветных фильтров возможна более полноценная оценка характера ветвления сосудов.

Атипия сосудов проявляется в виде хаотически расположенных не анастомозирующих сосудов причудливой формы (рис. 15). Они могут быть сильно извитыми или резко обрывающимися, иметь штопоро-

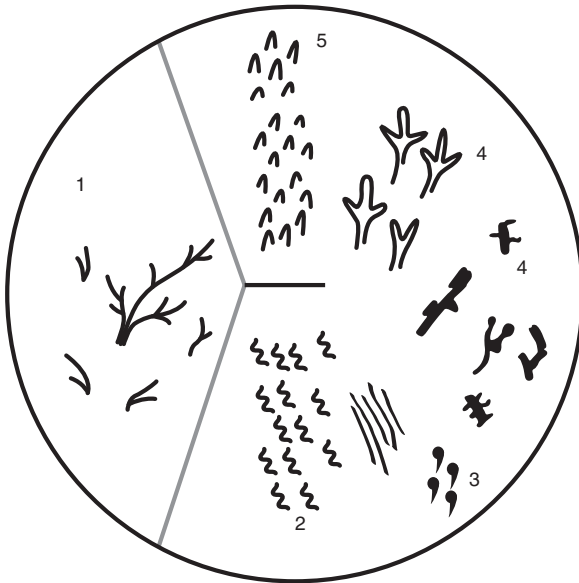


Рис. 15. Схематическое изображение нормальной и патологической васкуляризации эпителия в виде атипических сосудов на поверхности эпителия:

1 — нормальная васкуляризация эпителия;

2 — штопор;

3 — запятая;

4 — трудно описываемая форма;

5 — шпилька [170]

образную (фото 19, а, см. цв. вклейку) или шпилькообразную форму, иногда вид запятых или петель. В области особо измененного эпителия встречаются грубые, утолщенные, резко расширяющиеся на отдельных участках, коротко обрубленные сосуды, напоминающие спиленное дерево (фото 19, б, в, см. цв. вклейку).

После обработки раствором уксусной кислоты сокращения атипических сосудов не происходит из-за отсутствия в них нормального мышечного слоя. Отсутствие такой реакции — важный признак атипии.

Оценка состояния сосудов не бывает простой даже для опытного кольпоскописта. Дифференциальная диагностика атипичных сосудов при раке чрезвычайно затруднена. Если при кольпоскопическом осмотре появилось подозрение, необходима биопсия из области атипических сосудов, гистологическая оценка необходима даже в случае отрицательного результата цитологического анализа, когда не выявлена атипия. Следует помнить, что и гистологи могут ошибаться, и в биоптат не всегда попадает максимально измененная ткань. Иногда может быть необходима и повторная биопсия с участка атипичных сосудов [5].

Атипическая (аномальная) зона трансформации (АЗТ)

Этого термина нет в современной кольпоскопической классификации, с чем можно и не согласиться. Практика показывает, что наши зарубежные коллеги также используют термин АЗТ, поскольку он отражает конкретную кольпоскопическую патологию, которая в практике кольпоскописта встречается часто. АЗТ предполагает наличие ЗТ как основного компонента, на которой имеются различные сочетания таких признаков, как атипические сосуды, ороговевшие железы, ацетобелый эпителий, мозаика, пунктация, йоднегативные зоны. Эти признаки свидетельствуют о том, что эпителий претерпевает значительные изменения, которые, в свою очередь, свидетельствуют о возможной неоплазии. В зависимости от степени тяжести процесса АЗТ может быть пограничной с нормальной и носить характер низкой атипии (НАЗТ — соответствует ЗТ 1-й степени; фото 20, а, б, см. цв. вклейку) или быть высокоатипичной (ВАЗТ — соответствует ЗТ 2-й степени; фото 20, в, г, 21, в, см. цв. вклейку).

В англоязычной литературе используется термин «аномальная, абнормальная, ненормальная ЗТ» (abnormal TZ).

Существующая концепция, согласно которой CIN (цервикальная интраэпителиальная неоплазия) всегда развивается в участках ЗТ в процессе метаплазии, не объясняет то, что типичные признаки трансфор-

мации (открытые железы и закрытые железы) могут отсутствовать в участках мозаики и пунктации, а появление очагов кератоза вероятно на фоне нормального МПЭ. Доказано также, что ВПЧ могут оказывать повреждающее действие на естественный МПЭ вне ЗТ; при этом изменения в эпителии кольпоскопически проявляются в виде участков АБЭ, М и П, т.е. аномальные признаки могут определяться как в пределах ЗТ, так и вне ее, что делает понятие АЗТ приемлемым для практики. Этот термин весьма удобен в клинической практике, и многие авторы от него не отказались [88, 170].

В то же время многие исследователи в настоящее время считают, что классическую картину ацетобелого эпителия, кератоза, пунктации и мозаики целесообразнее определять и выносить в кольпоскопическое заключение в виде отдельных признаков как самостоятельный диагноз.

Особенности кольпоскопии при CIN и аденокарциноме

При CIN гистологические изменения эпителия проявляются кольпоскопически в виде наличия тех или иных вышеперечисленных аномальных признаков, причем степень выраженности признака (см. главу 2) обычно прямо коррелирует со степенью гистологической тяжести CIN.

Следует помнить, что на передней губе ШМ CIN развивается в 2 раза чаще, чем на задней [23], у молодых женщин локализуется преимущественно на эктоцервиксе и в ЗТ, поэтому чаще визуализируется полностью (КС удовлетворительная), а у женщин после 40 лет — в нижней трети ЦК, что делает КС не всегда удовлетворительной.

Большую проблему представляет диагностика аденокарциномы (железистой карциномы) *in situ* или на ранних стадиях инвазии, чему предшествует эндоцервикальная или железистая дисплазия [88]. Этот диагноз кольпоскопически выставляется крайне редко и до эпохи организованного скрининга встречался нечасто. В настоящее время, когда процедура ПЭЭ широко распространена как стандартное звено скрининговых программ, аденокарцинома *in situ* стала диагностироваться значительно чаще, при этом нередко она обнаруживается случайно, как сосуществующая плоскоклеточному интраэпителиальному поражению, особенно если локализуется в криптах ЗТ [58].

Кольпоскопическая картина

Все кольпоскопические признаки неоплазии изложены выше, причем они могут определяться как в пределах ЗТ, так и реже вне ее. В целом

при аденокарциноме имеются те же аномальные признаки, что и при плоскоклеточном поражении (см. фото 20, в, г, см. цв. вклейку). Некоторые авторы указывают, что кольпоскопически железистая гиперплазия или аденокарцинома *in situ* имеет два основных специфичных признака: гипертрофированные сосочки ЦЭ, которые в ответ на пробу с уксусной кислотой приобретают особенно белый цвет, контрастирующий с нормальным ЦЭ, иногда эта картина напоминает незрелую плоскоклеточную метаплазию (фото 20, д, см. цв. вклейку).

Аденокарцинома может иметь полиповидную поверхность, ее легко спутать с эктопией [58, 191].

Второй признак, на который следует обращать внимание, чтобы не упустить данное поражение, — это наличие расширенных открытых желез с обильным истечением жидкого прозрачного секрета из них. Чтобы диагноз был поставлен правильно гистологом, в биоптат должна войти вся измененная железа [25].

В цитологическом мазке при аденокарциноме *in situ* может иметь место вариабельность форм — от эндометриальных клеток до железистого дискариоза. Для определения таких клеток цитолог должен быть хорошо обучен, поскольку железистый дискариоз не столь очевиден, как плоскоклеточный дискариоз. Вероятность получения железистых атипичных клеток в цитологическом мазке повышается при использовании цитобрашей.

7.2.1. АНОМАЛЬНЫЕ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ

Выделены в отдельную группу три признака: эрозия, лейкоплакия, йоднегативная реакция.

Язва (истинная эрозия)

Истинная эрозия представляет собой дефект эпителиального покрова влагалищной части ШМ (фото 24, см. цв. вклейку), локальное его отсутствие. Дно язвы представляет строма, поверхность ее плоская, нередко гранулярная, покрыта фибринозным экссудатом. Некоторые авторы пытаются разграничить эти два понятия. Клинически это может быть оправдано. Но в КС представляется нецелесообразным дифференцировать эрозию и язву между собой, так как кольпоскопически они характеризуются одной и той же картиной [21, 191].

Истинная эрозия часто бывает травматического характера на фоне атрофии эпителия в менопаузе, когда эпителий истончается и становит-

ся хрупким, однако это не норма для эпителия женщины фертильного периода, и в этом возрасте встречается редко. Подобные нарушения эпителия могут также возникать в результате воспаления или мацерации плоского эпителия как следствие раздражения секретом ШМ или какими-либо химическими субстанциями.

Гистологический анализ показал, что причиной эрозии наиболее часто оказывается воспалительная реакция с инфильтрированной стромой.

Эрозия возникает при осмотре с помощью зеркала, особенно часто у пожилых пациенток. Опытный врач может правильно оценить это состояние, появившееся в результате травмы, как доброкачественное. При сомнениях следует назначить повторную КС через 2–3 недели.

Эрозии или даже крупные язвы могут образоваться в результате повреждений при сексуальных контактах, если используются инородные предметы. Благоприятной предпосылкой для появления эрозии может стать беременность из-за повышенной ранимости эпителия и гиперемии. Необходимо также указать на эрозии у пожилых пациенток, появляющиеся в результате давления влагалищного кольца-пессария, которое вводится во влагалище при опущении стенок. Специфические эрозии (туберкулез, сифилис) чрезвычайно редки, но о них следует также помнить.

Иногда эрозия носит травматический характер, возникая на тонком эпителии при раннем осмотре после лечения, например лазеровапоризации, может возникать после взятия клеток на анализ с помощью цитобраша.

Кольпоскопическая картина

В кольпоскоп видна слегка кровоточащая и свободно лежащая строма в виде участка ярко-красного цвета, лишённого эпителиального покрова. Без кольпоскопа врач не сможет отличить эрозию от эктопии или зоны превращения. Он видит в основном красное пятно, которое часто ошибочно воспринимается как эрозия, но может оказаться и эктопией. Особое внимание следует обращать на края эрозии, ее внешнее состояние, оценить, является ли она плоской или края ее утолщены, как располагаются сосуды.

При затруднениях в диагностике помогает обработка 3–5% раствором уксусной кислоты. При истинной эрозии поверхность ее приобретает беловатый цвет, часто с ярко-красной стромой, и тогда четко видны изменения плоского эпителия по ее краям. Иногда по краю удастся уви-

деть остаток отслоившегося эпителия. Проба Шиллера отрицательная, так как строма не окрашивается йодом.

Истинная эрозия, возникающая по вышеперечисленным причинам в результате очаговой десквамации эпителия, при прикосновении часто кровоточит и существует непродолжительное время, как правило, не более 1–2 недели. Истинная эрозия (язва) — процесс, как правило, доброкачественный. Однако следует помнить, что язва может маскировать злокачественный процесс, особенно у пожилых и старых женщин. Поэтому при диагностировании истинной эрозии необходимо произвести пробу Хробака (определение плотности тканей с помощью зонда), обязательно взять мазок на цитологию и при сомнительных результатах произвести биопсию с участка эрозии для исключения РШМ. В случае обнаружения язвы с приподнятым краем в виде валика и атипией сосудов также требуется биопсия.

Существует правило: если эрозия или язва не эпителизируется через короткое время (3–4 недели) при местном лечении, необходим гистологический анализ даже при отрицательном результате мазка по Папаниколау.

При подтверждении диагноза истинной эрозии после выяснения причины ее возникновения назначается этиопатогенетическая терапия [88].

Лейкоплакия (кератоз)

В новой классификации, принятой в Рио-де-Жанейро в 2011 г., лейкоплакия вновь введена в подраздел аномальных картин.

Лейкоплакия представляет собой белое пятно с четкими границами на эпителии шейки матки, влагалища, вульвы, нередко видимое невооруженным глазом до любой обработки растворами. Оно может быть либо приподнято над поверхностью, либо быть на одном уровне с окружающим МПЭ. Ранее в номенклатуре КС использовался термин «лейкоплакия», которая гистологически относится к кератозам ШМ и может использоваться как клинический диагноз, включенный в МКБ-10 (см. Приложение).

ВПЧ-инфекция, кератинизированная CIN, РШМ, хроническая травма, радиотерапия, незрелая метаплазия и другие состояния могут проявиться кольпоскопически в виде лейкоплакии.

Белый цвет Л обусловлен ороговением и утолщением эпителиального пласта. В зависимости от интенсивности процесса ороговения, плотности и толщины ороговевшего слоя различают нежную, тонкую, легко

слушивающуюся Л (К) и грубую, бородавчатую, в виде плотных бляшек, плотно спаянную с подлежащей тканью. Л (К), как правило, располагается на участках ЗТ, но нередко может обнаруживаться среди здорового эпителия вне ЗТ.

Размеры лейкоплакии могут быть различными — от точечного до обширных бляшек, занимающих всю поверхность шейки матки и даже влагалища. В тех участках, где Л (К) легко слышится при влагалищном исследовании, протирании тампоном, спринцевании, она легко и быстро возникает вновь. При Л (К) наряду с полным ороговением поверхностных слоев ПЭ, состоящих из безъядерных уплощенных клеток, может наблюдаться и неполное ороговение — паракератоз.

Лейкоплакия может присутствовать в акантотическом эпителии, атипическом. Под слоем ороговения никогда нельзя прогнозировать характер изменений, поскольку степень кератинизации никак не коррелирует со степенью поражения подлежащих тканей, предугадать качество тканей под слоем ороговевших поверхностных клеток цитологически невозможно, поэтому следует подчеркнуть, что биопсия при лейкоплакии обязательна.

Кольпоскопическая картина

Кератоз имеет вид белесоватых бляшек, гладких или слегка приподнятых над окружающей тканью, с отчетливо очерченными границами. Контуры их часто бывают причудливыми. В зависимости от толщины Л (К) выглядит как простое белое пятно или как возвышенная бугристая поверхность. Иногда кератотические наложения разбросаны по поверхности в виде глыбок. Проба Шиллера всегда отрицательная.

Клинически лейкоплакия может протекать бессимптомно. Нежная лейкоплакия (фото 27, а, см. цв. вклейку) при гистологическом анализе является обычно безобидным гиперкератозом или паракератозом. Резко выраженная лейкоплакия, толстая, четко приподнимающаяся над слизистой оболочкой (фото 27, б, в, г, д, см. цв. вклейку), конечно, вызывает большое подозрение, но в любом случае необходим гистологический анализ.

Нередко мозаика, пунктация и кератоз появляются одновременно. Эта ситуация также вызывает беспокойство. Иногда кератоз представляет собой ороговевшие наложения, напоминающие творожистые бели при кандидозе, и может быть удален тампоном; тогда под слоем ороговения четко определяется пунктация или мозаика. Дифференцировать очаги кератоза следует с остроконечной ороговевшей кондиломой и CIN.

Йоднегативная реакция при пробе Шиллера

После пробы Шиллера можно видеть самую различную реакцию тканей.

Кольпоскопическая картина

В настоящее время трактовка реакции на раствор Люголя изменилась. То, что ранее называли «немой йоднегативный» участок, не реагирующий на предварительную обработку раствором уксусной кислоты и до нанесения раствора Люголя неотличимый от нормального МПЭ, сегодня считают аномальным, но неспецифическим кольпоскопическим признаком. К этой же группе признаков относят йодпозитивные мозаику и пунктацию. Неспецифические признаки, безусловно, требуют внимания врача, но в большинстве ситуаций к неоплазии отношения не имеют.

7.3. КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНВАЗИВНУЮ КАРЦИНОМУ

Иногда инвазивный рак может быть клинически очевиден и без проведения КС, представляя собой значительные топографические изменения, когда уже можно применить термин «распадающаяся опухоль». Клинические формы рака легко диагностируются при обычном гинекологическом исследовании невооруженным глазом и пальпации. Экзофитная опухоль или кратерообразная язва с некротическим налетом хорошо видны на фоне резко деформированной и гипертрофированной шейки деревянной плотности. Обычно развитая раковая опухоль лучше просматривается при макроскопическом обследовании [191].

Однако врачу следует стремиться поставить диагноз на более ранних стадиях, хотя бы при микроинвазивной карциноме, когда опухоль еще не очевидна, может быть эффективно излечена, и КС в большой мере может позволить диагностировать заболевание. Чувствительность КС при диагностике микроинвазивных поражений колеблется от 42 до 93% [S. Dexeus et al., 88]. Классификация инвазивного рака FIGO представлена в Приложении.

Клинически заподозрить наличие злокачественного образования и послать женщину на дополнительное обследование в специализированное учреждение практическому врачу помогают следующие признаки:

- гипертрофия ШМ;
- деформация ШМ;
- выраженные аномальные признаки на ШМ с грубой реакцией на уксусную кислоту;
- большая ЗТ;
- экзофитные образования, изъязвления с положительной пробой Хробака (ткань становится хрупкой и при контакте с инструментом легко травмируется, поэтому при касании зонд легко проникает в опухоль).

Клиническая картина начальных форм рака неспецифична (фото 22, а, см. цв. вклейку). Согласно упомянутой выше концепции развития РШМ чаще всего это заболевание возникает на фоне длительно текущих диспластических состояний, которые не всегда своевременно выявляются. Более того, аденокарцинома даже при цитологическом исследовании мазка выявляется только в каждом втором случае [Dexeus S. et al., 88].

Кольпоскопическая картина

При инвазивных плоскоклеточной карциноме и аденокарциноме кольпоскопическая картина бывает схожая, специфические признаки выявляются редко.

В целом кольпоскопическая картина, подозрительная на инвазивную карциному, предполагает наличие следующих признаков [82, 88]:

- атипичной ЗТ;
- резко выраженных плюс-тканей, язв;
- выраженной и быстрой реакции на уксусную кислоту;
- грубого микропапиллярного АБЭ;
- больших размеров аномального образования;
- четких резких очертаний с грубыми краями;
- атипичных сосудов, грубой мозаики, пунктации.

Рельеф

Представляется неровной бугристой поверхностью, возвышенной над окружающей тканью, иногда с большой разницей в уровнях эпителия. Может выглядеть как поверхность стекловидно-красного или желтого цвета с атипией сосудистого рисунка.

Сосуды

Иногда наряду с грубой мозаикой и пунктацией заметны многочисленные обрывы сосудов, винтообразные капилляры, волосяные капилляры и неодинаковость формы сосудов. Сосуды легко травмируются и кровоточат, не реагируют на пробу с уксусной кислотой (фото 22, б, см. цв. вклейку).

АБЭ

Реакция на уксусную кислоту чрезвычайно выражена, быстрая, резкая, папиллярная, интенсивная и сохраняется длительное время. Цвет очень белый непрозрачный или сероватый.

Язва

В виде очаговой минус-ткани, края обычно приподняты, серовато-белого цвета. Иногда сопровождается некрозом и кровоточивостью. Дифференцируют с эрозиями воспалительного генеза, которые более четко ограничены, не имеют атипичных сосудов.

При аденокарциноме определяются характерные разветвленные сосуды (фото 22, в, см. цв. вклейку).

Чем более развита опухоль, тем меньше особенностей можно увидеть через кольпоскоп, так как из-за ломкости раковой ткани и кровотечения плохо видна ткань (фото 22, г, д, см. цв. вклейку).

7.4. ДРУГИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ (СМЕШАННЫЕ)

В группу смешанных образований входят различные доброкачественные картины, которые иногда трудно четко классифицировать и трактовать (например, не белая микропапиллярная поверхность). Наиболее часто встречаются кондиломы, атрофия, истинная эрозия, эндометриоз и полипы. Лейкоплакия также перенесена в эту группу и называется кератоз. Кольпоскопические особенности при воспалении и при ПВИ описаны в главе 8.

Врожденная зона трансформации (ВЗТ)

Гистологические признаки ВЗТ подробно представлены в главе 2. Кольпоскопические признаки ВЗТ разнообразны.

У части пациентов при КС признаков аномального образования нет, только при пробе Шиллера появляется нерезкий йоднегатив, иногда распространяющийся на своды влагалища (фото 21, а, б, см. цв. вклейку). У другой части женщин этот участок может быть слегка ацетобелым. Иногда ВЗТ содержит нежную мозаику или тонко калиброванные сосуды по всей поверхности.

Биопсия обязательна. Гистологическое заключение в большинстве случаев — паракератоз, акантоз. Потенциал озлокачествления ВЗТ считается низким, и лечения не требуется [167, 170, 191]. Хотя другие авто-

ры приводят случаи сочетания ВЗТ с CIN [127]. Этот признак, на наш взгляд, более целесообразно отнести к аномальным картинам.

Атрофия

Атрофия, как правило, является результатом недостаточной продукции эстрогенов у женщин пожилого и старческого возраста, однако может сопутствовать и различной гормональной патологии в любом возрасте, а также иметь травматический характер при длительном сдавлении. МПЭ при атрофии истончается, становится более прозрачным, имеет бледно-розовую окраску с желтоватым оттенком. Сопrotивляемость атрофического эпителия к инфекции снижена, поэтому часто наблюдается картина сопутствующего вагинита и цервицита. У молодых женщин атрофия встречается при недостаточной функции яичников, после ранней кастрации или при первичной стерилизации.

Кольпоскопическая картина

На бледно-розовой поверхности видны разнокалиберные древовидно ветвящиеся сосуды подлежащей ткани. Субэпителиальные кровеносные сосуды очень хрупки и легко травмируются с образованием субэпителиальных кровоизлияний, эпителий неравномерно окрашивается раствором Люголя (фото 23, см. цв. вклейку) либо не окрашивается на большом протяжении при диффузном воспалении или локально при очаговом атрофическом вагините, цервиците. Подробнее в главе 8.

Эндометриоз

Наличие эндометриоидных гетеротопий в эпителии нижнего отдела половых путей нередко сочетается с другими формами эндометриоза.

Очаги эндометриоза обнаруживают в поверхностных слоях эндо-экзоцервикса, в основном в репродуктивном периоде женщины. Это связано с имплантацией эндометриоидной ткани в местах травмы, после родов, абортов, наложения пулевых шипцов, деструктивной терапии и т.п.

Кольпоскопическая картина

Эпителиальный покров в эндометриоидных очагах истончен, невооруженным глазом иногда можно видеть ярко-красные участки разной формы (фото 25, а, см. цв. вклейку) с неровными краями, нередко буроватым оттенком, иногда пятна красноватого оттенка различной величины, округлые или разветвленные (фото 25, б, в, см. цв. вклейку). При увеличении очаги эндометриоза могут выглядеть в виде кист синеватого

цвета (фото 25, г, см. цв. вклейку) или кровоточащих линейных и точечных зон (фото 25, д, см. цв. вклейку). Точечные очаги часто остаются незамеченными.

Важное значение в диагностике имеет выделение крови из эндометриодных очагов во время и после менструации, что можно заметить не во все периоды менструального цикла.

Очень важно при подозрении на эндометриоз повторить кольпоскопическое обследование непосредственно перед менструацией или сразу после нее, когда эндометриодные очаги выделяют кровянистое содержимое.

Полипы шейки матки

Полипы шейки матки представляют собой очаговую пролиферацию эндоцервикса, те стромальные выросты, покрытые эпителием, которые выпячиваются либо в просвет канала, либо за пределы наружного зева (фото 26, а, см. цв. вклейку).

Это овальной или вытянутой формы образования, которые гистологически, в зависимости от соотношения стромального и эпителиального компонентов, подразделяют на железистые, фиброзные и железисто-фиброзные полипы. Выделяют также сосудистые полипы, в ножке которых преобладают сосуды. Бывают еще грануляционные полипы, образующиеся после оперативных вмешательств, и децидуальные полипы при беременности.

Полипы могут быть единичными или множественными; они не всегда видны, если находятся далеко в канале, всегда имеют ножку и базу — место прикрепления. Иногда полипы подвергаются ишемии и некрозу, после чего они спонтанно исчезают.

Природу полипа нельзя, конечно, установить кольпоскопически, для этого необходим гистологический анализ.

Особого внимания требуют полиповидные образования в культе влагалища после операций, их следует внимательно осматривать с целью исключения рецидива CIN.

Кольпоскопическая картина

Цель КС — не только определить наличие полипа, но и оценить состояние поверхности по обычным критериям, попытаться определить расположение базы полипа. Место, откуда исходит полип, не всегда возможно определить, так как при КС можно видеть не только полипы, исходящие из экзоцервикса и эндоцервикса, но также видеть край эндометриального полипа.

Они покрыты либо цилиндрическим эпителием, который частично или целиком перекрыт метапластичным плоским эпителием, либо только цилиндрическим эпителием. Часто полипы покрыты только ЦЭ, имеют красный блестящий вид, при видна имеется типичная гроздевидная поверхность, которая после пробы с уксусной кислотой проявляется более рельефно. Иногда полип покрыт гладким метапластическим эпителием. Если эпителий незрелый, то картина может быть пестрой и сочетаться с ЗТ. При атипичной ЗТ имеется соответствующая картина, при этом аналогичные изменения могут быть найдены на экзоцервиксе.

Если полип подвергается некрозу и ишемии, то он приобретает серый цвет, поверхность изъязвленная, иногда на поверхности можно наблюдать обрывки эпителия.

Полипы следует дифференцировать с кистами (фото 26, б, см. цв. вклейку), лейомиомой (фото 26, в, см. цв. вклейку), кондиломой, с карциномой (фото 26, г, д, е, ж, з, и, см. цв. вклейку).

ПОСЛЕДСТВИЯ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Особую часть тренинга современного кольпоскописта занимает изучение картин ШМ после различных видов терапии. Если такого тренинга нет, то врач ошибочно может принять особенности состояния ШМ после лечения за патологическое состояние и подвергать женщину ненужным процедурам диагностики и лечения.

Кольпоскопическая картина

К отдаленным особенностям состояния ШМ после лечения относят различного вида и формы деформации ШМ, наличие характерной радиальной пунктации, иногда йоднегативных участков. Эти признаки остаются на длительное время, иногда пожизненно. Контролируются кольпоскопически и цитологически. В ближайшем периоде после лечения могут быть картины незрелого метапластического эпителия, эрозии на фоне незрелой метаплазии или воспалительного процесса, пролапсы стенки канала, мозаичность, белый эпителий различной интенсивности (см. фото 17, в, см. цв. вклейку).

Существует еще целый ряд других смешанных кольпоскопических картин, свидетельствующих о той или иной патологии ШМ. К сожалению, не всегда можно предсказать структуру подлежащих тканей только на основании результатов КС, в частности при субклинической ПВИ. Гистологическому исследованию должны быть подвергнуты все аномаль-

ные структуры на шейке матки, влагалище и вульве, а также образования, которые вызывают затруднения в трактовке у врача, производящего КС.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ДЛЯ ЗАПОМИНАНИЯ

1. Нормальная ЗТ, эктопия и МПЭ являются нормальными физиологическими картинами, определяемыми при КС для женщин детородного возраста. К нормальным признакам относят также децидуоз при беременности и атрофию в постменопаузе. Большинство женщин, у которых кольпоскопически определяются эти признаки, клинически относятся к практически здоровым и не нуждаются в лечении.

2. Аномальные кольпоскопические картины включают различные признаки, подозрительные в отношении интраэпителиальных неоплазий. Большинство из них неспецифичны и могут быть характерны не только для CIN, но и для некоторых других состояний, в частности хронических цервицитов, незрелой метаплазии и т.п.

3. К аномальным признакам следует относить ацетобелый эпителий, пунктацию (нежную и грубую), мозаику (нежную и грубую), йод-негативную зону, атипические сосуды.

4. При CIN гистологические изменения эпителия проявляются кольпоскопически в виде наличия тех или иных перечисленных аномальных признаков, причем степень выраженности признака обычно коррелирует со степенью гистологической тяжести CIN.

5. При подозрении на неоплазию обязательно гистологическое подтверждение, особенно при решении врача применить для лечения абляцию.

6. Железистое интраэпителиальное поражение не имеет специфической КС-картины по сравнению с плоскоклеточным поражением и часто с ним сочетается.

7. Кольпоскопическую картину, подозрительную на инвазивную карциному, характеризуют атипическая ЗТ, резко выраженные плоскостная, язвы, выраженная и быстрая реакция на уксусную кислоту, грубый микропапиллярный АБЭ, большие размеры аномального образования, четкие резкие очертания с грубыми краями, атипичные сосуды, грубая мозаика, пунктация.

8. Гистологическому исследованию должны быть подвергнуты все аномальные структуры на шейке матки, влагалище и вульве, которые вызывают затруднения в трактовке у врача, производящего КС.

9. Имеется ряд доброкачественных образований, в отношении которых следует избегать агрессивной тактики.

10. Следует помнить, что на передней губе ШМ CIN развивается в 2 раза чаще, чем на задней, у молодых женщин локализуется преимущественно на экзоцервиксе и ЗТ, поэтому чаще визуализируется полностью (КС удовлетворительная), а у женщин после 40 лет — в нижней трети ЦК, что делает КС не всегда удовлетворительной и ограничивает эффективность точечной биопсии.

11. При наличии соответствующих показаний точечная (прицельная) биопсия должна проводиться при ЗТ 1-го и 2-го типа, а широкая (эксцизионная) биопсия показана при ЗТ типа.