

Новое в кольпоскопии



С.И. Роговская

Актуальность проблемы

Частота злокачественных поражений шейки матки во всем мире остается высокой. Доказано, что ведущим этиологическим фактором в генезе неоплазии шейки матки, а также ряда других органов, является вирус папилломы человека (ВПЧ). Поэтому своевременное выявление ВПЧ-ассоциированных заболеваний, а также предраковых поражений, которые могут быть адекватно излечены, имеет большое значение. Кольпоскопия – высокоинформативный, широко доступный и недорогой метод диагностики заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы, который существенно повышает эффективность обследования женщин с гинекологической патологией.

Технология кольпоскопии

Расширенная кольпоскопия (РКС) — наиболее эффективная и распространенная методика – осмотр эпителия с применением различных эпителиальных и сосудистых тестов, при которых оценивается реакция тканей в ответ на обработку медикаментозными составами.

Сегодня кольпоскопы претерпели значительные изменения в конструкции, что повышает качество кольпоскопии. Чтобы быть удобным при ежедневном использовании в практике, кольпоскоп должен быть надежен, иметь качественную оптику и мощный источник света, легко перемещаться по осям, без больших усилий врача. Прибор должен иметь градуированное трехкратное увеличение, при котором возможна более эффективная диагностика изменений в эпителии или в сосудах шейки матки, влагалища и вульвы.

Оптимальными для практики по соотношению цена/качество являются кольпоскопы украинской компании Сканер, уже много лет успешно конкурирующие с дорогими западными аналогами. Кольпоскопы МК-200 и МК-300 с цифровой видеосистемой и программным обеспечением (производство Научно-инженерного центра «Сканер») зарегистрированы в России в 2006 году и нашли применение во многих клиниках РФ, Украины, Белорусии и Казахстана. Следует отметить, что данные приборы надежны и просты в эксплуатации. Штативы кольпоскопов продуманы до мелочей. Наличие пантографического рычага обеспечивает прекрасное наведение. Фрикционные ручки мягко фиксируют оптическую головку. Все приборы имеют высококачественную просветленную оптику, дающую адекватное по контрасту, разрешению, глубине цветопередачи изображение. Осветители кольпоскопов выполнены на основе сверхъярких светодиодов (LED-

технологии), имеют неограниченный ресурс. Видеосистема кольпоскопов изготовлена в соответствии с последними достижениями цифровых технологий.

Кольпоскоп МК-300 имеет одно увеличение 10X и предназначен для рутинных осмотров. Кольпоскоп МК-200 рекомендуется для кабинетов патологии шейки. Изменение кратности увеличения 4, 6, 10, 16, 25 позволяют полностью решить любые диагностические задачи обзорной и расширенной кольпоскопии.

Программное обеспечение видеосистемы кольпоскопов МК-200 и МК-300 разработано и оптимизировано для практики с ис-

ким, 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.

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. 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 кольпоскопиче-

ском 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 наличии сосудов в нормальной ЗТ под действием уксусной кислоты они сужаются и сокращаются, вся ЗТ становится равномерно бледной. Аномальные кольпоскопические картины включают в себя различные признаки, подозрительные в отношении интраэпителиальных неоплазий.

Одним из важнейших критериев оценки кольпоскопической картины является наличие или отсутствие визуализации зоны стыка эпителиев (удовлетворительная/неудовлетворительная или адекватная/не-

Таблица. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ, ОДОБРЕННАЯ В Рио де Жанейро, 2011

Общие положения	<ul style="list-style-type: none"> • Адекватная/неадекватная картина (с указанием причины, например объективная оценка цервикса затруднена из-за воспаления, кровотечения, рубцовых изменений и т.д.) • Граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием: визуализируется полностью; частично; не визуализируется • Зона трансформации: тип I, II, III. 		
Нормальные кольпоскопические картины	<ul style="list-style-type: none"> • Многослойный плоский эпителий: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> З <input type="checkbox"/> А • Цилиндрический эпителий: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Зрелый <input type="checkbox"/> Атрофический • Метапластический эпителий: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Эктопия <input type="checkbox"/> Наботовы кисты <input type="checkbox"/> Открытые железы (крипты) • Децидуоз (при беременности) 		
Аномальные кольпоскопические картины	Общие принципы	Локализация поражения: в пределах или вне зоны трансформации; соответствие с циферблатом Размеры области поражения: в процентном соотношении с цервиксом	
	Степень I (слабовыраженное поражение)	Тонкий ацетобелый эпителий с неровными нечеткими краями	<ul style="list-style-type: none"> • Нежная мозаика • Нежная пунктация
	Степень II (выраженное поражение)	<ul style="list-style-type: none"> • Плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами • Быстрое побеление • Ацетобелый плотный ободок вокруг открытых желез (крипт) 	<ul style="list-style-type: none"> • Грубая мозаика • Грубая пунктация • Внутри поражения – контуры более плотного ацетобелого участка • Признак бугристости
	Неспецифические признаки	<ul style="list-style-type: none"> • Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз) • Эрозия • Окрашивание раствором Люголя (проба Шиллера): йодрозитивное/йоднегативное. 	
Другие кольпоскопические картины	Подозрение на инвазию	Атипические сосуды Дополнительные признаки: «ломкие» сосуды; неровная поверхность; экзофитное поражение; области некроза, изъязвления.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Врожденная зона трансформации • Кондиломы • Последствия раннее проведенного лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Стеноз • Врожденные аномалии • Воспаление 	<ul style="list-style-type: none"> • Полипы • Эндометриоз

пользованием рекомендаций многих кольпоскопистов. Программа MEDVISOR имеет понятный и удобный интерфейс. Все приборы отличает высокая надежность механической, оптической и электронной частей. Это подтверждается опытом многочисленных российских врачей. В России данные приборы достаточно распространены. Трехлетний гарантийный срок кольпоскопов МК 200 и МК 300 демонстрирует уверенность производителя в надежности и качестве производимого им оборудования.

Выбор кольпоскопов МК 200 и МК 300 обеспечивает лечебные учреждения качественным и современным медицинским оборудованием.

Терминология и классификация в кольпоскопии

Новая классификация, предложенная Номенклатурным комитетом Международной Федерации по кольпоскопии и цервикальной патологии IFCPC, одобренная на 14 Всемирном конгрессе IFCPC в июле 2011 в Бразилии представляется авторам более удобной для практического врача, представлена в таблице.

Как известно, кольпоскопическая картина зоны трансформации (ЗТ) зависит от степени замещения ЦЭ плоским и от характера метаплазии. Плоский метапластический эпителий ЗТ долгое время остается тон-

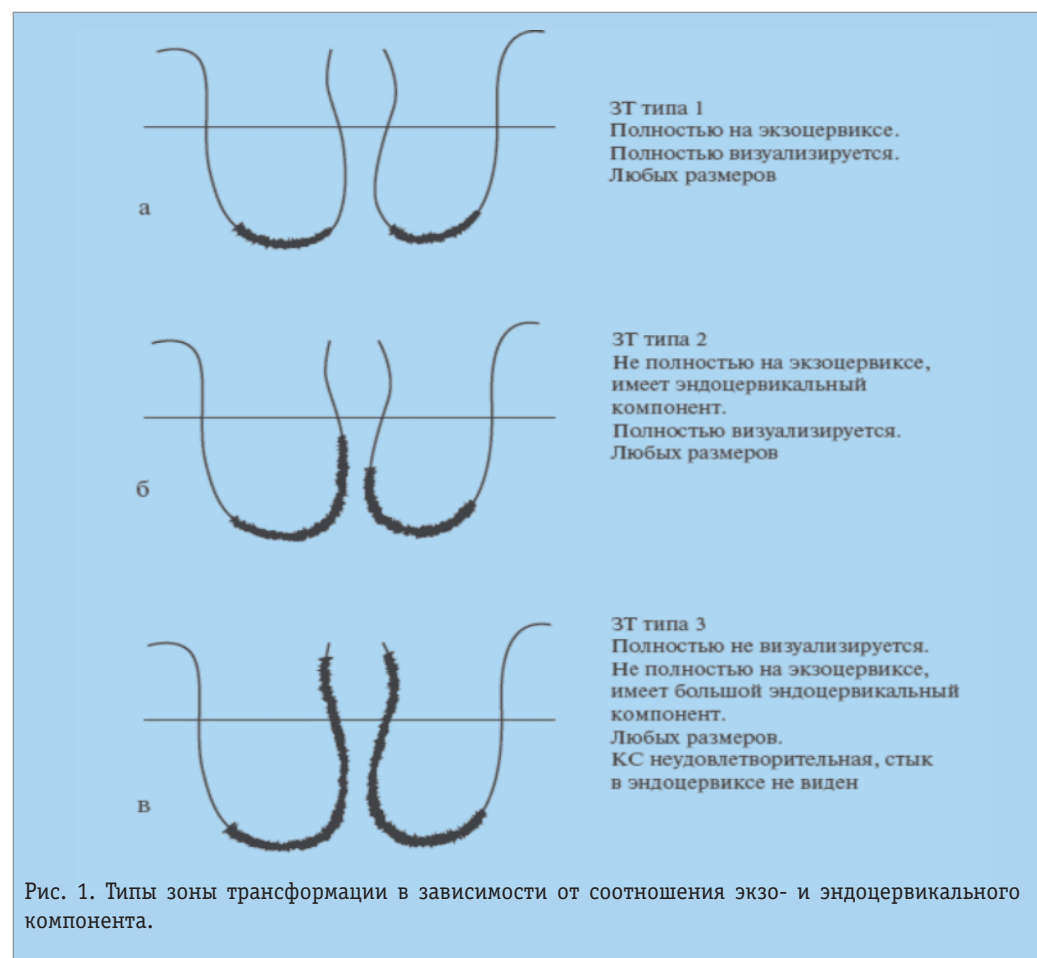


Рис. 1. Типы зоны трансформации в зависимости от соотношения экзо- и эндоцервикального компонента.

адекватная кольпоскопическая картина). В новой номенклатуре предпочтение отдается разделению ЗТ на 3 типа.

По соотношению экзоцервикального и эндоцервикального компонентов ЗТ принято разделять на 1, 2 и 3 типы, которые представлены на рис. 1.

Ацетобелый эпителий (АБЭ) считается наиболее важным кольпоскопическим признаком. 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.). Интенсивность побеления обычно прямо коррелирует со степенью тяжести процесса. Нормальные сосуды при обработке уксусной кислотой, как правило, кратковременно исчезают, атипичные — не изменяются. Важен кольпоскопический признак наличия внутри менее выраженного аномального участка более грубого (внутренние края).

Термин Йод-негативная зона (ЙНЗ) 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.

Пунктация (П) или, другими словами, точечность, соответствует старому термину «основа» и представляет собой одно из проявлений атипичной васкуляризации эпителия. Гистологически пунктация представляет собой зону эпителия с удлиненными стромальными папиллами (выростами), в каждой из которых имеется сосудистая петля, доходящая почти до поверхности, пенетрирующая эпителий

Мозаика (М) соответствует старому терми-

ну «поля». Гистологически — это разветвленные в эпителии стромальные папиллы (выросты) с сосудами внутри. Практически М представляет собой островки МЭ или атипичного эпителия, окруженные сосудистыми линиями. При этом массивные тяжи плоского эпителия могут глубоко внедряться в подлежащую ткань. Невооруженным глазом мозаика и пунктация обычно не видны.

Атипия сосудов проявляется в виде хаотически расположенных не анастомозирующих сосудов причудливой формы. Они могут быть сильно извитыми или резко обрывающимися, иметь штопорообразную или шпилькообразную форму, иногда вид запятых или петель. После обработки раствором уксусной кислоты сокращения атипичных сосудов не происходит из-за отсутствия в них нормального мышечного слоя. Отсутствие такой реакции — важный признак атипии.

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. Клиническая картина начальных форм рака неспецифична.

При кольпоскопии можно определить еще целый ряд других доброкачественных образований: эрозии, полипы, кондиломы, эндометриоз и тп.

*С.И. Роговская, Н.М. Подзолкова,
Г.Н. Минкина, Л.И. Короленкова,
Е.С. Акопова
ГОУ ДПО РМАПО, МГСМУ
РОИЦ им. Блохина*

История кольпоскопии

Первый кольпоскоп был создан в 1925 г. Гансом Гинзельманом (Гамбург).

Обследование с помощью кольпоскопа помогает практикующему врачу в раннем распознавании рака влагалищной части шейки матки. Кольпоскопия незаменима при ранней диагностике рака шейки матки и установлении его начальных стадий. Кольпоскопия помогает также в дифференциальной диагностике доброкачественных изменений в области шейки матки, влагалища и вульвы. Самые незначительные дефекты ткани, например небольшие эрозии, крошечные опухоли и микрокровотечения в области шейки матки, влагалища и вульвы, можно диагностиро-

вать лишь с помощью специального оптического прибора. В связи с этим кольпоскопия стала незаменимым методом клинического исследования в практике гинекологов.

В справочнике по гинекологии (Ваайт, Штёкель, 1930) Гинзельман впервые подчеркнул клиническое значение своего первого кольпоскопа. Он написал: "При дифференциальной диагностике изменений эпителия для определения раковой опухоли оказалось необходимым более интенсивное освещение и увеличение при бинокулярном рассмотрении". Гинзельман использовал для этого препаративную лупу Лейца, закрепив ее на твердом штативе. При установке объектива на расстояние 14 см и при 10-кратном увеличении оказалось возмож-

КОЛЬПОСКОП МК-200

COLPOSCOPE MK-200





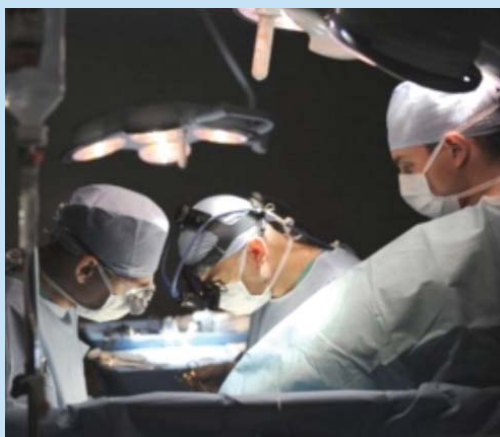

Эксклюзивный представитель на территории России
 ЗАО "Группа Медицинских Компаний "КИЛЬ"
 105005, г. Москва, ул. 2-я Бауманская, д. 7, стр. 1А
 тел.: (495) 933-19-02, 228-08-04
 E-mail: ilina00@list.ru
www.medtechmarket.ru

На правах рекламы

В Пензенском кардиоцентре удалили гигантскую лейомиому

Сотрудники Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии в Пензе совместно с хирургами областного онкодиспансера удалили пациентке гигантскую опухоль. Новообразование, развившееся из гладкой мускулатуры матки, достигало в длину 40 см и проникло в сердце, сообщает ГТРК Пенза.

50-летняя Наталья Аксенова обратилась в Пензенский кардиоцентр с жалобами на



аритмию. Как выяснилось, причиной недомогания была гигантская опухоль — внематочная лейомиома. С учетом специфики заболевания, специалисты кардиоцентра решили проводить операцию совместно с коллегами из Пензенского областного онкологического диспансера.

Операцию, которая продолжалась более восьми часов, одновременно проводили две бригады хирургов. Как пояснил заместитель главного врача по хирургии Пензенского кардиоцентра Евгений Россейкин, опухоль удаляли с двух доступов, при этом пациентка была подключена к имею-

щемуся в кардиоцентре аппарату искусственного кровообращения.

Удаленная опухоль является доброкачественной, поэтому пациентка выйдет из кардиоцентра практически здоровым человеком. Женщина рассчитывает выписаться из больницы до свадьбы сына.

В Пензенском кардиоцентре рассчитывают, что сотрудничество с онкологами будет развиваться. Это позволит расширить практику сложнейших операций с участием хирургов различных специальностей.

ние, чем в Германии. В Бразилии, Аргентине и Колумбии были образованы общества по диагностике патологии шейки матки и кольпоскопии.

В США развитие кольпоскопии началось после образования общества в 1963 г. С тех пор кольпоскопия получила широкое развитие. По всей стране проводятся многочисленные семинары и курсы повышения квалификации.

В нашей стране наибольший вклад в развитие этого направления внесли В.Ф. Савинова, Э.А. Тарнаускас, Е.М.Кленицкая, Л.Н.Василевский, М.Л. Винокур и др. Данный метод диагностики можно называть ведущим в профилактике злокачественных заболеваний нижних отделов половых путей.