

КОЛЬПОСКОПІЯ І РАДІОХВИЛЬОВА ХІРУРГІЯ В МЕНЕДЖМЕНТІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Частота злоякісних уражень шийки матки в усьому світі залишається високою. У Росії протягом останніх 5 років захворюваність на рак шийки матки (РШМ) зросла на 12,4%. Запущеність (виявлення захворювання на III—IV стадіях) не знизилася і становила 38,9%. У 4 жінок з 10 захворювання виявляють на пізніх стадіях. На превеликий жаль, РШМ молодіє. Основне, що перевернуло сучасні уявлення про цю хворобу, — це відкриття ролі вірусу папіломи людини (ВПЛ) як етіологічного фактора в генезі РШМ.

За даними російського онкологічного центру ім. Н.Н. Блохіна, з 2137 хворих на інвазивний РШМ, які звернулися до центру за останні 12 років, 1A стадію була виявлено лише у 83 жінок (3,9%), решта хворих звертаються вже із запущеними стадіями раку (IB—IV стадія — 96,1%). Тому головним завданням лікаря є виявлення захворювань на стадії передраку, коли ще існує змога надати ефективну медичну допомогу пацієнтці. Необхідно пам'ятати, що діагностувати мікрокарциному без морфологічного дослідження неможливо! У 58% хворих ШМ візуально не викликала підозри щодо пухлинного ураження. Патогномонічний для РШМ симптом контактних кров'янистих виділень мав місце тільки в 32,5% пацієнток. Тому, перше, на що необхідно звернути пильну увагу: **ніколи не можна здійснювати будь-який метод абляції ШМ, не отримавши попередньо результат гістологічного дослідження!**

До основних методів діагностики захворювань шийки матки (ШМ) належать:

- цитологічний (Пап-тест)
- гістологічний
- кольпоскопія
- клініко-візуальний
- ВПЛ-тестування
- молекулярні маркери проліферації і злоякісних утворень.

Цитологічні дослідження — пре-

красний неінвазивний метод скринінгу, який дозволяє виявити атипові клітини на поверхні ШМ. Та необхідно завжди пам'ятати надзвичайно важливу річ: **чутливість цитологічного методу щодо РШМ 1A стадії не перевищує 73%, навіть, якщо матеріал для дослідження взятو належно, і з ним працював досвідчений цитолог!** За даними того самого Центру ім. Н.Н. Блохіна, клітини раку в мазках виявляють лише у 29,5% випадків, високий ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження — у 37,7%, низький — у 6,5%, хибнонегативний результат має місце у 27% випадків. Тому, якщо візуально наявна патологія ШМ, а в мазку відсутні атипові клітини, краще послідовно взяти три мазки, це значно підвищить вірогідність правильного діагнозу. Мазок для цитологічного дослідження слід брати з поверхні екзоцервікса, піхви і вульви за допомогою шпателя, з ендцервікса — за допомогою щітки-ендобрашу.

При оцінці результатів цитологічного дослідження традиційно користуються класифікацією Папаніколау:

- 1-й клас — нормальні клітини
- 2-й клас — епітеліальні клітини з незначними морфологічними змінами: незначне збільшення ядра, поява клітин метapлазованого епітелію
- 3-й клас — клітини з більш вираженими морфологічними змінами ядер, позначеними як дискаріоз
- 4-й клас — атипові клітини, підозрілі щодо злоякісності
- 5-й клас — клітини, які розцінюються як позитивні щодо раку.

Для практикуючого лікаря трактування цитологічних мазків дещо ускладнене через існуючу плутанину в термінології, оскільки у світовій практиці одночасно застосовуються кілька класифікацій.

Трактування основних термінів, які відповідають термінологічній системі Бетесда (2001), наведено в таблиці 1.



С.І. Роговська

*Кафедра акушерства і гінекології
Російської медичної академії
післядипломної освіти*

м. Москва

Росія

*Майстер-клас у рамках XIII з'їзду
акушерів-гінекологів України
20-23 вересня 2011 р.
м. Одеса*

Таблиця 1. Термінологічна система Бетесда

Скорочення терміну	Термінологія	
	англ.	укр.
AGC	Atypical glandular cells	Атипові залозисті клітини
AGC, favor neoplastic	Atypical glandular cells, favor neoplastic	Атипові залозисті клітини, подібні до неопластичних
ASC	Atypical squamous cells	Атипові клітини плоского епітелію
ASCUS	Atypical squamous cells undetermined significance	Атипові клітини плоского епітелію нез'ясованого значення
ASCH	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL	Атипові клітини плоского епітелію, що не дозволяють виключити HSIL
CIN I, II, III	Cervical intraepithelial neoplasia grade 1, 2 or 3	Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія 1, 2 або 3 ступеня
CIS	Carcinoma in situ	Карцинома in situ
HSIL	High grade squamous intraepithelial lesion	Високий ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження
LSIL	Low grade squamous intraepithelial lesion	Низький ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження
NOS	Not otherwise specified	Не визначені інакше

Необхідно підкреслити, що *інформативність цитологічного методу визначається кількома факторами: рівнем підготовки цитолога; задовільною якістю мазка, який взято за допомогою спеціальних інструментів; своєчасною вологою обробкою матеріалу; правильною локалізацією забору матеріалу.*

За підозри на атиповий епітелій краще застосовувати **біопсію** — прижиттєве взяття тканин для гістологічного дослідження. Біопсію слід виконувати прицільно під кольпоскопічним контролем з найбільш атипово змінених зон ШМ, адже її результати визначають подальшу тактику ведення пацієнтки. Біопсію беруть біопсійними щипцями, електропетлею або добре відомим конхотомом.

Показаннями до біопсії ШМ є:

- високоатипові кольпоскопічні ознаки,
- низькоатипові кольпоскопічні ознаки при виявленні ВПЛ,
- екзофітні кондиломи — рецидивуючі форми,
- екзофітні кондиломи пігментовані і нетипові.

Діагностична інформативність **точкової множинної біопсії** ШМ значно вища, ніж біопсія одного фрагмента тканини ШМ. Дослідження останніх років показали, що гістологічні висновки у 3 різних фрагментах відрізнялися у 33 (88,6%) жінок. За наявності зони трансформації (ЗТ) 1 і 2 типів частота виявлення SIL при взятті 3-х фрагментів ШМ вища, порівняно з 1—2-ма. Тому, згідно із сучасними

уявленнями, необхідно застосовувати точкову множинну біопсію ШМ. Якщо кольпоскопія задовільна, можна сміливо взяти для дослідження 4 фрагмента, особливо, коли наявна велика зона трансформації. При застосуванні однократної точкової біопсії (ТБ) при діагностиці SIL недооцінка ступеня тяжкості неоплазії відмічається у 23,3% випадків порівняно з результатами гістологічного дослідження постексцизійного конуса.

Отже, при ЗТ типу 1 і 2 необхідно здійснювати множинну ТБ у різних фрагментах шийки матки, а також при ЗТ 3-го типу — петльову електроексцизію (ПЕЕ). Така тактика відповідає міжнародним стандартам, її впровадження буде сприяти підви-

щенню ефективності діагностики та терапії неоплазії і зниженню частоти рецидивів, які зумовлені неадекватним лікуванням. Адже при неадекватному взятті біоптата із зони помірної дисплазії за наявності поряд невеличких ділянок преінвазивного чи мікроінвазивного раку пацієнтці може бути застосовано деструктивне втручання без подальшого гістологічного контролю! Тому потрібно частіше застосовувати множинну біопсію і петльову ексцизію.

Щодо діагностичного вишкрібання, то воно здійснюється за чіткими показаннями. При цьому необхідно пам'ятати, що при локалізації онкопроцесу у цервікальному каналі за допомогою вишкрібання цей діагноз вдається поставити лише в половини пацієнток. Звичайно, цей метод застосовується і буде застосовуватися надалі, проте слід розуміти його обмеження. Якщо мають місце суперечливі результати цитології і дослідження матеріалу зіскрібка, то таку пацієнтку необхідно запросити через три місяці, повторити обстеження і при виявленні атипових клітин здійснити конізацію ШМ.

Запитання до аудиторії

На прийом до гінеколога звернулася іногородня жінка, якій необхідно повертатися додому того самого дня, лікарю необхідно зробити кольпоскопію і взяти цитологію. В якій послідовності необхідно здійснити процедури?

У відповідь аудиторія розділилася приблизно порівну, половина присутніх вважала, що спочатку проводиться кольпоскопія, а решта — навпаки.

Пояснення

Уявімо, що ми розглядаємо слизову ШМ під електронним мікроскопом з великим збільшенням. У товщі епітелію розвивається неоплазія, атипові клітини спочатку розташовуються біля базальної мембрани, і лише частина з них потрапляє на поверхню, особливо при стадіях CIN I—II. А лікар спочатку ретельно витирає слиз із поверхні ШМ, дивиться в окуляр кольпоскопа, потім обробляє слизову оцтом, після цього ще й люголем, і, нарешті, постає запитання — мазок якої якості ми після цього отримаємо?

Чому ж половина з присутніх вирішила першочергово робити кольпоскопію? Відповідь проста — через те, що раніше нас так навчали. У підручниках старих видань написано, що мазок потрібно брати прицільно під контролем кольпоскопії.

Згідно із сучасними уявленнями, мазок необхідно брати лише тоді, коли жінка як мінімум два дні до цього не мала статевих стосунків, не застосовувала спринцювань, а також жодних препаратів із вагінальним шляхом введення.

Отже, спочатку потрібно брати мазок на цитологію. Втім, беручи мазок, можна поранити тканину, зробити скарифікацію, еродування, що буде не на користь кольпоскопії. Тож найкраще ці дві процедури розвести у часі, призначивши пацієнтці ще один візит.

КОЛЬПОСКОПЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



Кольпоскоп МК-200

оптимален для кабинета патологии шейки матки

• Рабочее расстояние, мм	244
• Увеличения, крат	4, 6, 10, 16, 25
• Поле зрения, мм	56, 37, 22, 14, 9
• Светодиодный (LED) источник света	
• Ресурс работы светодиодов, часов, не менее	50 000
• Диапазон регулировки освещённости в предметной плоскости, лк	4000 - 15000
• Напряжение электропитания, В	90 - 250
• Мощность, потребляемая кольпоскопом, ВА, не более	15

Кольпоскоп МК-200 - победитель государственных конкурсов качества «100 лучших товаров Украины – 2005» и «Лучший отечественный товар 2009»



Кольпоскоп МК-300

оптимален для кабинета гинеколога

• Увеличение, крат	10
• Поле зрения, мм	22
• Разрешающая способность, лин/мм	85
• Рабочее расстояние, мм	250
• Светодиодный (LED) источник света	
• Ресурс работы светодиода, часов, не менее	50 000
• Диапазон регулировки освещённости в предметной плоскости, лк	3000 - 7000
• Напряжение электропитания, В, 50-60 Гц	90 - 250
• Мощность, потребляемая кольпоскопом, ВА, не более	5

Кольпоскоп МК-300 - лауреат государственного конкурса качества «100 лучших товаров Украины – 2009»



Кольпоскоп МК-400

лучший выбор для частнопрактикующего гинеколога

• Увеличение, крат	10
• Поле зрения, мм	24
• Разрешающая способность, лин/мм	85
• Рабочее расстояние, мм	250
• Светодиодный (LED) источник света	
• Ресурс работы светодиода, часов, не менее	50 000
• Диапазон регулировки освещённости в предметной плоскости, лк	2000 - 5000
• Напряжение питания 50 Гц, В	90 - 250
• Мощность, потребляемая кольпоскопом, ВА, не более	5



Цифровая видеосистема кольпоскопов

ВИДЕОСИСТЕМА ПОМОГАЕТ:

- Облегчить контакт с пациенткой и повысить её доверие к врачу и клинике посредством визуального представления диагноза и процесса протекания лечения
- Делать снимки высокого качества с помощью кнопки, удобно расположенной на головке кольпоскопа

Программное обеспечение «MEDVisor» дает возможность:

- Проводить кольпоскопическую диагностику, заполняя стандартные протоколы по классификациям: проф. Е.В. Коханевич, Римской 1990 г. или Барселонской 2003 г.
- Распечатывать качественную документацию с кольпоскопическими снимками в виде отчета на русском, украинском или английском языках
- Демонстрировать пациентке правильность диагноза, сравнивая ее снимки с электронным кольпоскопическим атласом (180 классических кольпоснимков)
- Создавать свой кольпоскопический атлас с помощью специальной подпрограммы
- Определять и фиксировать на снимке линейные размеры и площадь пораженных участков
- Проводить статистику заболеваний за любой указанный период
- Записывать видеоролики проводимых процедур
- и многое другое

Цифровая видеосистема обеспечивает высокое качество изображения в режиме трансляции и получение кольпоскопических снимков с разрешением до 8 млн. пикселей



Научно-инженерный
центр "СКАНЕР"

тел.: (0472) 55-27-35,
тел/факс: (0472) 55-27-34
E-mail: sr@scaner.ck.ua
www.scaner.ck.ua

Все приборы прошли технические и клинические испытания в Украине, Российской Федерации, Республике Беларусь, Республике Казахстан и имеют все необходимые сертификаты и свидетельства о государственной регистрации.

*Доставка по Украине бесплатно. Видеообучение.
Гарантия - 5 лет.*



Запитання до аудиторії***Підніміть, будь-ласка, руку ті, хто ще застосовує конхотом для взяття біопсії?****Руки підняли більшість присутніх у залі.***Пояснення**

Звичайно ж, для взяття біопсії краще застосовувати сучасні інструменти — біопсійні щипці зі спеціальними зубцями, що фіксують тканину, або радіохвильову петлю. Проте більшість медичних закладів у нас ще не оснащено сучасним інструментарієм. Конхотом було створено для видалення поліпів. Відомо, що за його допомогою зафіксувати слизову досить складно, ШМ щільна, ковзає і у кращому випадку вдається взяти незначний зразок тканини, але ж на основі далеко не кожного зразка можна поставити правильний діагноз. Отже, перша практична порада: якщо в арсеналі є лише конхотом, то його потрібно хоча б заточувати. Ми часто забуваємо, що навіть сучасні біопсійні щипці розраховані на певну кількість процедур і з часом тупляться.

І ще одна порада. Якщо для взяття біопсії застосовується радіохвильова петля, завжди залишається зона некрозу. Тому, щоб мінімізувати зону коагуляції, необхідно правильно підбирати режим приладу, а зразок краще взяти більший, щоб отримати достатню кількість інтактної тканини, що забезпечить правильність діагностики.

Беззаперечною перевагою **кольпоскопії** серед інших методів обстеження ШМ є висока чутливість для SIL високого ступеня тяжкості, можливість оглянути великі поверхні і виявити точну локалізацію атипії, неінвазивність. Метод можна застосовувати часто, він досить ефективний і використовується не лише для діагностики передракових уражень ШМ, а й іншої гінекологічної патології.

Від моменту створення кольпоскопи зазнали величезних змін. Мені пощастило працювати на багатьох видах кольпоскопів різних виробників, у результаті я дійшла такого висновку: щоб ефективність роботи при щоденному застосуванні кольпоскопа у клінічній практиці була високою, він повинен бути надійним в експлуатації і оснащений високоякісною візуальною оптикою, відмінним освітлювачем, зручним рухомим штативом і цифровою відеосистемою. Рекомендуються застосовувати бінокулярні кольпоскопи, адже монокулярні прилади, тим більше кольпоскопи, без візуальної оптики мають низьку ефективність дослідження через неможливість здійснити об'ємне обстеження із високою оптичною розподільною здатністю. На сьогодні оптимальним для практики за співвідношенням ціна-якість є кольпоскопи НІЦ "Сканер" (Україна), які вже багато років успішно конкурують з дорогими західними аналогами. Кольпоскопи моделей Сканер МК-200 і Сканер МК-300 із цифровою відеосистемою і програмним за-

безпеченням не випадково знайшли застосування у сотнях клінік України, Росії, Білорусії і Казахстану адже ці прилади надійні і прості в експлуатації. Вони мають високоякісну оптику, яка дає адекватне за контрастом, розподільною здатністю і якістю кольоропередачі зображення. Освітлювачі кольпоскопів виконані на основі над'яскравих світлодіодів і мають необмежений ресурс роботи. Штативи кольпоскопів продумані до найменших дрібниць, а відеосистема виготовлена відповідно до останніх досягнень цифрових технологій.

До **кольпоскопічних критеріїв** належать: типи епітеліїв, стик; залози (відкриті чи закриті); рельєф; судинний малюнок; колір; межі утворень; проби з розчином оцту і луголя.

Кольпоскопія вважається задовільною, якщо вдалося побачити стик епітеліїв, у цьому разі біопсія допоможе визначитися з діагнозом. Якщо ж кольпоскопія незадовільна, і атиповий епітелій знаходиться у цервікальному каналі, то біопсія діагноз не підтвердить.

Цервікальний канал вкриває одношаровий циліндричний епітелій, а поверхню ШМ — багатшаровий плоский епітелій. У жінок репродуктивного віку в нормі стик двох видів епітелію розташований в ділянці зовнішнього вічка, може розміщуватися на екзоцервіксі у молодих, у середині цервікального каналу — в літніх жінок. Розміщення циліндричного епітелію на екзоцервіксі називається ектопією, її відносять до фізіологічного стану, який не є па-

тологією, а тому не входить до переліку захворювань Міжнародної класифікації захворювань 10-го перегляду. Тільки кисле середовище піхви сприяє заміщенню циліндричного епітелію плоским (у маленьких дівчаток вміст піхви лужний). Гістологічно цей процес називається метapлазією й є нормою. Зона між плоским і циліндричним епітелієм називається зоною трансформації.

Перш за все, кольпоскопісти повинні чітко розуміти і вміти розпізнавати норму. Отже, кольпоскопічним проявом нормальної метapлазії є нормальна ЗТ. Метapластичний епітелій різного ступеня зрілості перекриває псевдозалози, які деякий час залишаються відкритими. Коли отвір псевдозалози закривається, всередині починає накопичуватися секрет (закриття залози). Часто цей секрет розтягує залозу, викликаючи розширення судин і перифокальне запалення, виникають наботові (ретенційні) кісти. Весь процес стимулює судинну проліферацію. Метapластичний епітелій являє основний морфологічний субстрат для ЗТ на ШМ. Отже, нормальна ЗТ характеризується наявністю: плоского епітелію; відкритих протоків залоз, із яких може виділятися слиз; закритих залоз; острівців циліндричного епітелію; судин.

Типові судини мають вигляд розгалужень, що нагадують дерево чи кущ. Атипові судини можуть бути різної форми, їх краще видно при збільшенні кратності кольпоскопії і застосуванні фільтрів. Та найкраще застосовувати пробу з оцтом: якщо після обробки оцтом судини спадаються — це норма, якщо ж їх стало краще видно і вони стали грубішими — це атипія.

При нанесенні розчину оцту на ШМ з'являється той чи інший ступінь побіління. Головна кольпоскопічна характеристика цієї ознаки в тому, що чим інтенсивніше біліє тканина після обробки оцтовою кислотою і чим довше зберігається цей ефект, тим серйозніше і глибше ураження. Чіткі контури білого епітелію, швидка реакція побіління, яскраво виражена інтенсивність кольору і здатність довго зберігати білосірий колір свідчить про високу ймовірність атипії.

Еволюція терапії цервікальної інтраепітеліальної неоплазії

- 1972 р. — конізація, гістеректомія, радикальна діатермія
- 1978 р. — абляція (діатермія, кріо-, лазер, холодова коагуляція)
- 1990 р. — петльова електроексцизія, лазерна конізація
- 2011 р. — усе вищеперераховане + ексцизія голчастим електродом.

Лікування плоскоклітинного інтраепітеліального ураження

- Деструкція (абляція) — лазер, радіо-, електро-, кріотерапія, аргонплазменна коагуляція
- Ексцизія — петльова електроексцизія (радіоніж, електроніж)

Після проби з розчином люголя (проба Шиллера) можна побачити патологічно змінений епітелій, що не піднімається над поверхнею оточуючих тканин, тобто "німу йоднегативну" зону, яка може мати різну форму, ззовні нагадуючи епідерміс. Слід звертати увагу на краї і ступінь контрастності йоднегативної зони порівняно з оточуючим багатошаровим плоским епітелієм. Якщо контури нечіткі, а колір не різко відрізняється, частково профарбовується, ця ознака характеризує доброякісний процес. Якщо ж колір контрастний, різко-сірий, гірчичний з різкими чіткими контурами, то слід думати про атипію. На зони різко окреслених йоднегативних утворень, особливо ті, що піднімаються над поверхнею багатошарового плоского епітелію, слід звертати особливу увагу.

У липні цього року в Ріо-де-Жанейро відбувся IV світовий конгрес Міжнародного товариства з кольпоскопії і цервікальної патології. В результаті обговорень і дискусій було прийнято нову номенклатуру кольпоскопії, змінилися підходи до лікування, а також градація процедури електроексцизії ШМ. Усього було прийнято чотири класифікації кольпоскопічних термінів: у 1975 р. (Грац), 1999 р. (Рим), 2002 р. (Барселона) і 2011 р. (Ріо-де-Жанейро). Згідно з новою класифікацією до групи аномальних картин знову повернулася лейкоплакія, а багато інших ознак представлені в детальнішому виді (табл. 2).

Міжнародна класифікація кольпоскопічних картин

(ухвалена у Ріо-де-Жанейро, 2011 р.)

I. Нормальні кольпоскопічні картини

- Звичайний багатошаровий плоский епітелій

- Циліндричний епітелій

- Нормальна зона трансформації

II. Аномальні кольпоскопічні картини

A. На зоні трансформації

- ацетобільний епітелій

- плоский

- мікропапілярний

- пунктація (ніжна і груба)

- мозаїка (ніжна і груба)

- йоднегативна зона

- атипові судини

Б. За межами ЗТ (піхва, екзоцервікс)

- ацетобільний епітелій

- плоский

- мікропапілярний

- пунктація (ніжна і груба)

- мозаїка (ніжна і груба)

- йоднегативна зона

- атипові судини

III. Кольпоскопічна картина з підозрою на інвазивну карциному

IV. Сумнівна кольпоскопія (незадовільна)

- Межа епітеліїв не візуалізується

- Сильне запалення або атрофія

- Цервікс не візуалізується

- Усе ураження не візуалізується

- Інші картини (змішані)

- Не біла мікропапілярна поверхня

- Екзофітна кондилома

- Кератоз (лейкоплакія тонка і товста)

- Запалення

- Атрофія

- Язва

- Інші

- Інші

- Інші

Клінічно запідозрити наявність злоякісного утворення і направити пацієнтку на додаткове обстеження до спеціалізованого закладу практичному лікарю допомагають такі ознаки: гіпертрофія і деформація ШМ; виражені аномальні ознаки на ШМ з грубою реакцією на оцтову кислоту; велика ЗТ; екзофітні утворення, язви з позитивною пробой Хробака (тканина стає ламкою і при контакті з інструментом легко травмується, тому при дотику зонд легко проникає у пухлину). Клінічна картина початкових форм раку неспецифічна.

Кольпоскопічна картина при інвазивних плоскоклітинній карциномі і аденокарциномі буває схожою,

специфічні ознаки виявляють рідко. В цілому, кольпоскопічна картина, підозріла на інвазивну карциному, передбачає наявність таких ознак:

- Атипова ЗТ

- Різко виражені плюск-тканина, виразки

- Виражена і швидка реакція на оцтову кислоту

- Грубий мікропапілярний ацетобільний епітелій

- Великі розміри аномального утворення

- Чіткі різкі межі із грубими краями

- Атипові судини, груба мозаїка, пунктація

- Язви та ерозії.

Після процедури кольпоскопії спочатку виставляють кольпоскопічний діагноз на основі кольпоскопічної класифікації, потім під питанням — попередній клінічний діагноз, а вже остаточний клінічний діагноз — після додаткового лабораторного дослідження (див. протокол кольпоскопії).

Тактика ведення жінок із CIN залежить від: віку, мотивації жінки, можливостей лікаря, соматичного стану пацієнтки. Можливе як спостереження, так і лікування. Клінічна тактика при захворюваннях ШМ у жінок старшого віку має бути активною. Так, якщо вік пацієнтки старше 35 років, наявна незадовільна кольпоскопія (неповна видимість зони трансформації аж до відсутності видимих уражень), позитивний ВПІ-тест, HSIL і більше в мазках, здійснюється конізація ШМ з можливим подальшим вишкрібанням залишку цервікального каналу.

З точки зору сучасних міжнародних стандартів техніка абляції може бути застосована тільки в тому разі, якщо:

- Зона трансформації повністю візуалізується

- Відсутні дані про залозисту патологію

- Відсутні дані про інвазивне захворювання

- Немає розбіжностей в даних цитологічного і гістологічного досліджень

Кріотерапія може бути застосована лише за LSIL.

Сьогодні при лікуванні CIN перевагу віддають петльовій електроексцизії. При цьому слід намагатися ви-

Таблиця 2. Міжнародна класифікація кольпоскопічних термінів (ухвалено в Ріо-де-Жанейро, 2011)

Загальні положення		• Адекватна/неадекватна картина (із зазначенням причини, наприклад, об'єктивна оцінка цервікса ускладнена через запалення, кровотечу, рубцеві зміни і т.д.) • Межа між багатошаровим плоским і циліндричним епітелієм: візуалізується повністю; частково; не візуалізується • Зона трансформації: тип I, II, III	
Нормальні кольпоскопічні картини		• Багатошаровий плоский епітелій: - зрілий - атрофічний • Циліндричний епітелій: - ектопія • Метапластичний епітелій: - наботові кісти - відкриті залози (крипти) • Децидуоз (під час вагітності)	
Аномальні кольпоскопічні картини	Загальні принципи	Локалізація ураження: в межах чи поза зоною трансформації; відповідність з циферблатом. Розміри зони ураження: у відсотковому співвідношенні з цервіксом	
	Ступінь I (слабовиражене ураження)	Тонкий ацетобілий епітелій з нерівними нечіткими краями	• Ніжна мозаїка • Ніжна пунктація
	Ступінь II (виражене ураження)	• Щільний ацетобілий епітелій з чіткими контурами • Ацетобілий обідок навколо відкритої залози (крипти)	• Груба мозаїка • Груба пунктація • Усередині ураження – контури щільнішої ацетобілої зони
	Неспецифічні ознаки	• Лейкоплакія (кератоз, гіперкератоз) • Забарвлення розчином Люголя (проба Шиллера): йодпозитивне/йоднегативне	• Ерозія
	Підозра на інвазію	Атипові судини. Додаткові ознаки: «ламкі» судини; нерівна поверхня; екзофітне ураження; зони некрозу; язви.	
Інші кольпоскопічні картини		• Вроджена зона трансформації • Стеноз • Кондиломи • Вроджені аномалії • Поліпи • Наслідки раніше проведеного лікування • Запалення • Ендометріоз	

даляти патологічну зону одним зразком. Гістологічний висновок повинен містити інформацію про розмір зразка і статус його країв. Технічно тканина повинна бути видалена на глибину 6 мм. До переваг петльової електроексцизії при лікуванні CIN належать: точність діагнозу, менша кількість рецидивів, швидке амбулаторне виконання, місцева анестезія, нетривалий тренінг, невисока вартість.

Доповненням до термінології кольпоскопії є типи ексцизії і характеристика ексцизійного конуса. Так, залежно від об'єму видаленої тканини і типу зони трансформації розрізняють ексцизію I, II, III типів. *Характеристика ексцизійного конуса включає:*

- Довжину — відстань від зовнішнього (дистального) до внутрішнього (проксимального) краю конуса
- Товщину — найкоротша відстань між протилежними краями строми, яка проходить через центр конуса
- Окружність — довжина окружності конуса.

На перше місце серед хірургічних методик, які застосовуються для лікування патології ШМ, сьогодні виходить радіохвильова хірургія — найбільш онкобезпечний і економічно виправданий метод одночасної діагностики та лікування. До її переваг належать: мінімальна кровотеча під час операції, легкість при розсіченні тканин, виражений коагулюючий ефект, відсутність чорного струпа, обуглювання тканин і глибокого некрозу, мінімальний набряк тканин, відсутність яскравих виділень із рани, біль під час операції, косметичний ефект, стерилізуючий ефект радіохвилі, можливість застосування при цервіциті, економічний ефект (не потрібно попередньо проводити біопсію).

Російський прилад "Фотек ЕА 141" є унікальним і надзвичайно зручним для практики, оскільки поєднує в собі не тільки метод радіохвильової хірургії, а й аргоноплазменну абляцію, до переваг якої належать: ефективна зупинка обширних капілярних кровотеч, відсутність карбонізації і диму, стерилізуюча дія аргонної плазми,

автоматичний контроль обмеженої глибини коагуляції. Апарат "Фотек ЕА 141" призначений для розсічення, видалення патологічних тканин і контактної коагуляції різних патологічних утворень за допомогою широкосмугової радіохвилі, а також для безконтактної абляції поверхневих патологічних утворень за допомогою аргонної плазми.

І, насамкінець, — диференціювання деяких аномальних картин кольпоскопії через їх схожість може бути утрудненим, тому слід постійно пам'ятати про необхідність проводити диференційний діагноз, у тому числі й з лікарем іншої спеціальності. Неадекватна техніка біопсії,

прийом деяких препаратів, неправильна фіксація матеріалу ускладнюють патоморфологу процес постановки діагнозу, тому слід намагатися надати йому всю інформацію, яка, в тому числі, включає характер соматичних і гінекологічних захворювань, тип контрацепції і дані про прийом різних медичних засобів (див. протокол кольпоскопії). І звичайно ж, завжди має бути присутньою онкологічна настороженість.

Додаткову інформацію про діагностику та лікування патології ШМ ви можете знайти на: www.hpvtoday.com, www.raginstd.ru, www.rmapo.ru.

На сайті журналу «Жіночий лікар» www.z-l.com.ua у рубриці нові медичні технології у вільному доступі можна переглянути такі фільми: "Конізація шийки матки", "Ультразвуковий серкляж", "ДЕК при гіперкератозі шийки матки", "Виконання біопсії шийки матки", "Аргоноплазмова коагуляція при гіперкератозі шийки матки", "Девіталізація поліпів цервікального каналу".

**ДВА ОСНОВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДА
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ШЕЙКЕ МАТКИ
В ОДНОМ ШИРОКОПОЛОСНОМ РАДИОВОЛНОВОМ
АППАРАТЕ С ФУНКЦИЕЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛАЦИИ**



<http://fotek.ru/>



Радиоволновая
конизация
шейки матки



Радиоволновая
петлевая биопсия
шейки матки

**Широкополосная радиоволновая эксцизия
и рассечение ткани**

- Петлевая биопсия
- Конизация шейки матки
- Удаление полипов, невусов, кондилом
- Лечение рубцовой деформации с послеродовыми разрывами
- Рассечение синехий
- Пластика промежности
- Пластика влагалища



ЭФФЕКТ
РАДИО-
ВОЛНЫ



Лечение
кондиломатоза
вульвы
методами
радиоволновой
эксцизии
и аргонплазменной
абляции



“ФОТЕК EA141”

Поверхностная,
щадящая
аргонплазменная
абляция тканей
при гиперкератозе
шейки матки



Аргонплазменная абляция и коагуляция
Плоские и мелкие остроконечные кондиломы •

- эктропион
- лейкоплакия
- ЦИН-I
- и др.

Мягкий,
щадящий гемостаз
с помощью
аргоновой плазмы



ТК «СКАНЕР» — официальный представитель предприятия «Фотек» в Украине
г. Черкассы, тел.: (0472) 55-27-35, тел./факс: (0472) 55-27-34
E-mail: sr@scaner.ck.ua www.scaner.ck.ua

Протокол кольпоскопії

П.І.Б., вік

Скарги Порушення циклу Біль Білі Безпліддя Вульводинія Інші	ЗПСШ в анамнезі Хламідії ВПЛ ВПГ Гонорея Сифіліс Інші	Контрацепція КОК ЧПОК ВМС Презерватив Сперміциди Інші
Шкідливі звички Куріння >10 сигарет/день <10 сигарет/день Алкоголь Інші	Патологія ШМ в анамнезі Дисплазія Лейкоплакія «Ерозія» Інше	Лікування ШМ Лазер Кріо Діатермокоагуляція Петльова електроексізія Інше
Прийом препаратів Гормони Антибіотики Інші	Обстеження в анамнезі ВПЛ Цитологія Біопсія	Статеве життя з _____ Роди _____ Аборти _____ Дата останньої менструації _____
Опис кольпоскопії		
Шийка матки	Циліндрична конічна	(не) гіпертрофована
Кольпоскопія	(не) задовільна	Стик (не) видимий
Зона трансформації (ЗТ) Низькоатипова ЗТ (НАЗТ) Високоатипова ЗТ (ВАЗТ)	Є немає	Велика невелика
Відкриті залози (ВЗ)	Є немає	З ороговінням без ороговіння
Ретенційні кісти (ЗЗ)	Є немає	Великі невеликі
Судини (С, АС)	Є немає	Типові атипові
Кератоз (К)-Лейкоплакія (Л)	Є немає	Тонкий товстий
Мозаїка (М)	Є немає	Ніжна груба
Пунктація (П)	Є немає	Ніжна груба
Ацетобільний епітелій (АБЕ)	Є немає	Нижній грубий
Ектопія (Ек)	Є немає	Велика невелика
Межі аномального епітелію	Є немає	Чіткі нечіткі
Йоднегативна зона (ЙНЗ)	Є немає	Велика невелика
Ендометріоз (Ен)	Є немає	

Діагноз кольпоскопічний

.....

.....

Діагноз клінічний

.....

.....

Рекомендовано

.....

.....

Підпис лікаря, дата

