

Кольпоскопічне дослідження шийки матки у пацієнток з передінвазивним, мікроінвазивним та інвазивним раком шийки матки

Н.Ф. Лигирда

Національний інститут раку, м. Київ

Проведене кольпоскопічне дослідження 220 пацієнток з раком шийки матки. З них: 1-а група – 78 пацієнток з внутрішньоєпітеліальною карциномою, 2-а група – 75 пацієнток з мікроінвазивним раком (T1a-стадії), 3-я група – 67 пацієнток з інвазивним раком шийки матки (T1b-стадії). Щільний оцтово-білий епітелій – ознака, характерна для внутрішньоєпітеліальних карцином та мікроінвазивного раку у 47% випадків та вірогідно частіше – у 87% випадків – інфільтративного раку. Для інфільтративного раку у 90% характерні атипів судини та у 64% екзофітне ураження, причому по обидвом ознакам простежується достовірна різниця між досліджуваними групами. Такі ознаки, як груба пунктуація і мозаїка, характерні більш ніж для третини пацієнток усіх груп.

Ключові слова: кольпоскопія, рак шийки матки.

Діагностика та лікування передраку шийки матки є вторинною профілактикою раку шийки матки. Рання діагностика патології шийки матки забезпечується цитологічним скринінгом на первинному рівні та поглибленим обстеженням пацієнтки з кольпоскопією та прицільною біопсією шийки матки на вторинному рівні надання медичної допомоги.

Багато дослідників намагалися виявити відмінності кольпоскопічної картини передракових змін, мікроінвазивного та інвазивного раку шийки матки. Експерти вважають, що досвідчений кольпоскопіст може відрізнити дисплазію епітелію шийки матки важкого ступеня від раку.

За даними літератури, не визначено чітких критеріїв, що відрізняли б дисплазію важкого ступеня, внутрішньоєпітеліальну карциному, мікроінвазивний та інвазивний рак шийки матки.

Мета дослідження: визначити та дослідити особливості структури кольпоскопічних ознак інвазивного, мікроінвазивного та передінвазивного раку шийки матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено кольпоскопічне обстеження 220 пацієнток з плоскоклітинним раком шийки матки. Усім пацієнткам проведено просту та розширену кольпоскопію з використанням 5% оцтової кислоти та водного розчину Люголя. Інтерпретацію кольпоскопічних висновків здійснювали відповідно до кольпоскопічної класифікації IFCPC 2011 року (Ріо-де-Жанейро), а опис кольпоскопічної картини відповідно до сучасних вимог IFCPC (табл. 1 та підписи кольпофотограм).

Таблиця 1

Кольпоскопічна класифікація 2011 року (Ріо-де-Жанейро)

Загальні положення	Адекватна/неадекватна картина (із зазначенням причини, наприклад об'єктивна оцінка цервікса затруднена внаслідок запалення, кровотечі, рубцевих змін). Межа БПЕ та ЦЕ візуалізується повністю, частково, не візуалізується. Зона трансформації: тип I, II, III		
Нормальні кольпоскопічні картини	БПЕ зрілий, атрофічний ЦЕ ектопія Метапластичний епітелій наботові кісти, відкриті залози. Децидуоз (при вагітності)		
Аномальні кольпоскопічні картини	Загальні принципи	Локалізація ураження в межах або поза межами зони трансформації, відповідність за циферблатом. Розміри зони ураження у відсотковому відношенні до цервікса	
	Ступінь I (слабо виражене ураження)	Тонкий оцтово-білий з нерівними, нечіткими контурами	Ніжна мозаїка. Ніжна пунктуація
	Ступінь II (виражене ураження)	Щільний оцтово-білий епітелій з чіткими контурами. Швидке побіління. Оцтово-білий ободок навколо залоз (крипт). Груба пунктуація	Груба мозаїка. Всередині ураження межі більш щільного оцтово-білого ураження. Ознаки бугристості
	Неспецифічні ознаки	Лейкоплакія (кератоз, гіперкератоз). Ерозія. Забарвлення розчином Люголя (йоднегативне, йодпозитивне)	
	Підозра на інвазію	Атипів судини. Додаткові ознаки: ламкість судин, нерівна поверхня, екзофітне ураження, ділянки некрозу, виразка, пухлинні утвори	
Інші кольпоскопічні картини	Уроджена зона трансформації. Кондиломи Наслідки попереднього лікування	Стеноз. Вроджені аномалії. Запалення	Поліпи. Ендометріоз

Структура видів зони трансформації у хворих на рак шийки матки, абс. число (%)

Загальні положення		1-а група CIS (n=78)	2-а група T1a (n=75)	3-я група T1b (n=67)
Візуалізація сквамозно-циліндричного з'єднання	Так	29 (37,2±5,5)*	5(6,7±2,9)	-
	Частково	19 (24,4±4,9)*	39(52,0±5,8)	7(10,5±3,7)**
	Ні	30 (38,5±5,5)	31(41,3±5,7)	60(89,6±3,7)**

Примітки: * різниця вірогідна відносно показника 2-ї групи, p<0,05; ** різниця вірогідна відносно показника 1-ї та 2-ї груп, p<0,05.

Структура кольпоскопічних ознак раку шийки матки, абс. число (%)

Кольпоскопічний критерій	1-а група CIS(n=78)	2-а група T1a (n=75)	3-я група T1b (n=67)
Щільний оцтово-білий епітелій	37 (47,4±5,7)	35 (46,7±5,8)	58 (86,6±4,2)*
Груба пунктуація	31 (39,7±5,5)	28 (37,3±5,6)	23 (34,3±5,8)
Груба мозаїка	29 (37,2±5,5)	25 (33,3±5,4)	26 (38,8±6,0)
Щільний оцтово-білий обідок навколо крипт	20 (25,6±4,9)	21 (28,0±5,2)	15 (22,4±5,1)
Ознака внутрішньої межі	29 (30,8±5,2)	25 (33,3±5,4)	12 (20,9±5,0)*
Ознака бугристості	8 (10,3±3,4)	8 (10,7±3,6)	5 (7,5±3,2)
Груба лейкоплакія	10 (12,8±3,8)	12 (16,0±4,2)	9 (13,4±4,2)
Виразка	2 (2,6±1,8)	3 (4,0±2,3)	8 (11,9±4,0)*
Атипові судини	2 (2,6±1,8)	12 (16,0±4,2)#	60 (89,6±3,7)*
Екзофітне ураження	3 (3,9±2,2)	16 (21,3±3,7)#	43 (64,2±5,9)*
Ділянки некрозу	2 (2,6±1,8)	3 (4,0±2,3)	6 (9,0±3,5)**

Примітки: загальна сума може бути більше 100%, оскільки зустрічалось поєднання ознак; *різниця вірогідна відносно показника 1-ї та 2-ї груп, p<0,05; #різниця вірогідна відносно показника 1-ї та 3-ї груп, p<0,05; **різниця вірогідна відносно показника 1-ї групи, p<0,05.

Діагноз раку шийки матки встановлювали на основі гістологічного дослідження матеріалу біопсії та діатермоконізації шийки матки (для пацієток з передінвазивним та мікроінвазивним раком шийки матки).

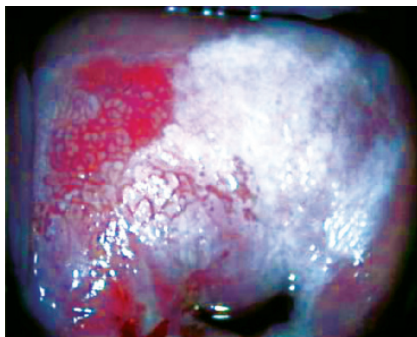
Відповідно до діагнозу пацієток розподілили на групи: 1-а група – 78 пацієток з внутрішньоепітеліальною карциномою (CIS), 2-а група – 75 пацієток з мікроінвазивним раком (T1a стадії), 3-я група – 67 хворих на інвазивний рак (T1b стадії).

У дослідження не включали пацієток з рецидивами хво-

роби після деструктивних методів лікування та з неадекватною кольпоскопією (шийка матки не візуалізується, виражене запалення, кровотечі і т. п.)

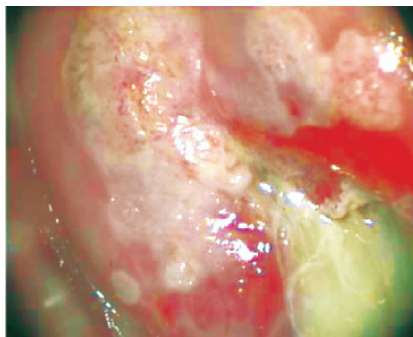
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Кольпоскопічна ознака щільного оцтово-білого епітелію візуалізується на шийці матки після оброблення червоних ділянок розчином оцтової кислоти. Процес побіління є динамічним, виникає швидко, пік відбувається на 30–60-й се-



Мал. 1. Кольпоскопічна фотографія. 36.×6. Адекватна кольпоскопія.

Перехідна лінія візуалізується частково. ЗТ тип 2. Локалізація ураження в межах ЗТ 9–3 год, 2 квадранти 50% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня: Щільний оцтово-білий епітелій, груба мозаїка. Гістологічно внутрішньоепітеліальна карцинома



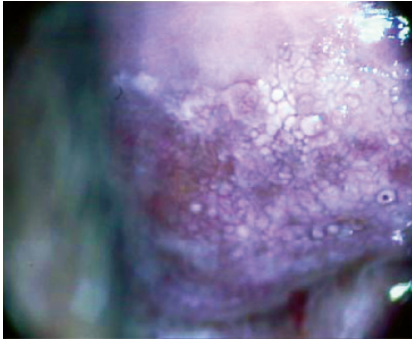
Мал. 2. Кольпоскопічна фотографія. 36.×6. Адекватна кольпоскопія.

Перехідна лінія візуалізується. ЗТ тип 1. Локалізація ураження в межах ЗТ 8–2 год, 2 квадранти 40% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня Щільний оцтово-білий епітелій, груба пунктуація, ознака бугристості. Гістологічно мікроінвазивна карцинома шийки матки T1a1 з глибиною інвазії 1,4 мм

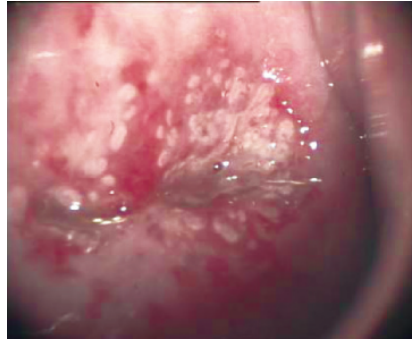


Мал. 3. Кольпоскопічна фотографія. 36.×6. Адекватна кольпоскопія.

Перехідна лінія візуалізується. ЗТ тип 1. Локалізація ураження в межах ЗТ 6 год, 1 квадрант 25% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня: щільний оцтово-білий епітелій, ознака внутрішньої межі. Гістологічно внутрішньоепітеліальна карцинома



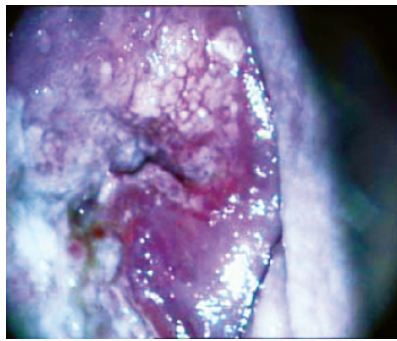
Мал. 4. Кольпотофотограма. 36.×12. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія не візуалізується. ЗТ тип 3. Локалізація ураження в межах ЗТ 9–3 год, 2 квадранти 60% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня: Щільний оцтово-білий епітелій, груба мозаїка. Гістологічно інвазивна карцинома шийки матки T1b стадії



Мал. 5. Кольпотофотограма. 36.×6. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія візуалізується частково. ЗТ тип 2. Локалізація ураження в межах ЗТ циркулярно, 4 квадранти 50% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня. Щільні оцтово-білі обідки навколо крипт. Гістологічно мікроінвазивна карцинома шийки матки T1a1 з глибиною інвазії 0,8 мм



Мал. 6. Кольпотофотограма. 36.×6. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія візуалізується частково. ЗТ тип 2. Локалізація ураження в межах ЗТ циркулярно, 4 квадранти 50% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня. Грубий кератоз, лейкоплакія у вигляді бугристого, екзофітного ураження. Гістологічно внутрішньоепітеліальна карцинома

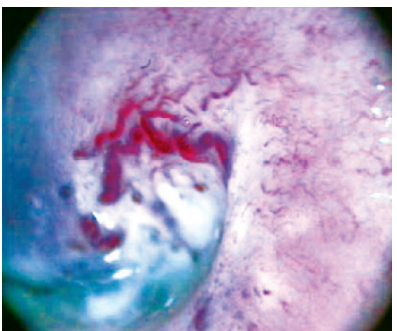


Мал. 7. Кольпотофотограма. 36.×6. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія не візуалізується. ЗТ тип 3. Локалізація ураження в межах ЗТ циркулярно, 4 квадранти 90% шийки матки.

Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня. Грубий кератоз, лейкоплакія, оцтово-білий епітелій, бугристість, груба пунктуація та груба мозаїка. Підозра на інвазію. У ділянці зовнішнього вічка на 9 год – виразка. Гістологічно інвазивна карцинома шийки матки T1b

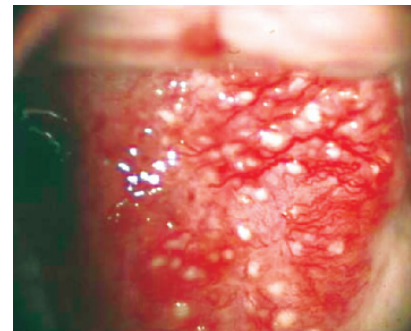


Мал. 8. Кольпотофотограма. 36.×9. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія візуалізується. ЗТ тип 2. Локалізація ураження в межах ЗТ циркулярно, 4 квадранти 20% шийки матки. Підозра на інвазію. Атипові судини на тлі щільного оцтово-білого епітелію в ділянці зовнішнього вічка. Гістологічно інвазивна карцинома шийки матки T1b



Мал. 9. Кольпотофотограма. 36.×6. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія не візуалізується. ЗТ тип 3. Локалізація ураження в межах ЗТ циркулярно, 4 квадранти 50% шийки матки. Підозра на інвазію. Атипові судини в зоні

зовнішнього вічка та субепітеліально. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня: щільний оцтово-білий епітелій в цервікальному каналі. Перехідна лінія не візуалізується. Гістологічно інвазивний рак шийки матки T1b стадії



Мал. 10. Кольпотофотограма. 36.×6. Адекватна кольпоскопія. Перехідна лінія не візуалізується. ЗТ тип 3. Локалізація ураження в межах ЗТ циркулярно, 4 квадранти 100% шийки матки. Підозра на інвазію. Атипові судини, нерівна поверхня. Гістологічно інвазивний рак шийки матки T1b стадії

кундах. Ураження зберігають щільне біле або біло-сірувате забарвлення, з чіткими контурами, іноді з деяким підвищенням над нормальним епітелієм досить тривалий час. Щільний оцтово-білий епітелій характерна ознака для 47,4% пацієнток при CIS, 46,7% – при T1a стадії та 86,6% – при T1b

стадії. Причому при T1b стадії раку шийки матки така кольпоскопічна ознака, як щільний оцтово-білий епітелій, спостерігалася вірогідно частіше (табл. 2, 3).

Груба пунктуація та груба мозаїка – кольпоскопічні ознаки раку шийки матки та дисплазії епітелію шийки матки важ-

кого ступеня візуалізуються після нанесення 3–5% розчину оцтової кислоти. Груба пунктуація (мал. 2, 3) проявляється на тлі щільного оцтово-білого епітелію у вигляді поліморфних рельєфних червоних точок-капілярів, які можуть підвищуватися над епітелієм або бути вдавненими у вигляді «апельсинової шкірки», відстань між точками-капілярами різна. Груба мозаїка візуалізується у вигляді поліморфних полігональних ділянок на тлі щільного оцтово-білого епітелію, ділянки розмежовані червоними лініями, щільний оцтово-білий епітелій рельєфно підвищується над ними (мал. 1, 4, 5). Процес проявлення цих ознак має динамічний характер – спочатку відбувається щільне побіління, а сама ознака грубої пунктуації та мозаїки починає візуалізуватися на етапі зниження дії оцтової кислоти, тобто на регресії проби. Обидві ознаки пов'язані та корелюють з ознакою щільного оцтово-білого епітелію та проявляються на ньому (див. мал. 1, 2). Ознаки грубої пунктуації та мозаїки спостерігали у третини пацієнток усіх груп, вірогідної різниці у частоті виявлення залежно від гістологічного діагнозу не встановлено (див. табл. 3).

Кольпоскопічну ознаку щільного оцтово-білого обідка навколо крипт відносять до аномальних кольпоскопічних картин високого ступеня ураження, виявляли у чверті пацієнток, вірогідної різниці між групами не встановлено.

У кольпоскопічну класифікацію 2011 року (Рю-де-Жанейро) введено два номенклатурних терміни уражень високого ступеня аномалії: ознака внутрішньої межі та ознака бугристості.

Ознака внутрішньої межі – на тлі слабовираженої аномальної ознаки візуалізується ураження високого ступеня, тобто ураження на ураженні. На тлі нижнього оцтово-білого епітелію візуалізується щільний оцтово-білий епітелій (див. мал. 3). Така ознака вірогідно частіше зустрічалася у третини пацієнток 1-ї та 2-ї груп у порівнянні з 3-ю групою. Це можна пояснити тим, що при T1b-стадії відбувається ріст пухлини, і межа в межах ураження перекидається пухлиною.

Кольпоскопическое исследование шейки матки у пациенток с прединвазивным, микроинвазивным и инвазивным раком шейки матки *Н.Ф. Лигирда*

Проведено кольпоскопическое исследование 220 пациенток, больных раком шейки матки. Из них: 1-я группа – 78 пациенток с внутриэпителиальной карциномой, 2-я группа – 75 пациенток с микроинвазивным раком (T1a-стадии), 3-я группа – 67 пациенток с инвазивным раком шейки матки (T1b-стадии).

Плотный ацето-белый эпителий – признак, характерный для внутриэпителиальной карциномы и микроинвазивного рака в 47% случаев и достоверно чаще – в 87% случаев инфильтративного рака. Для инфильтративного рака в 90% характерны атипические сосуды и у 64% экзофитные поражения, причем по обоим признакам прослеживается достоверная разница между исследуемыми группами. Такие признаки, как грубая пунктуация и мозаика, характерны более чем для трети пациенток всех групп.

Ключевые слова: кольпоскопия, рак шейки матки

Ознака бугристості – потовщення щільного оцтово-білого епітелію, часто у вигляді гребеня, спостерігалася у 12–16% пацієнток з усіх груп (див. табл. 3). Вірогідної різниці у частоті виявлення даної ознаки відповідно до діагнозу не встановлено.

Атипові судини виглядають як поверхневі капіляри та судини у вигляді шпильок, ком, спіралей, незвичних розгалужень, звивистих колбоподібних потовщень, що раптово обриваються, з порушеною архітектонікою (мал. 6–8). Такі зміни візуалізуються на тлі щільного оцтово-білого епітелію (мал. 7, 8), або супроводжуються щільними оцтово-білими пухлиноподібними виростами (мал. 9, 10).

Додаткову ознаку інвазивного росту, таку, як екзофитне ураження, вірогідно частіше спостерігали у хворих на інвазивні форми раку шийки матки (21% та 64%), в свою чергу вірогідно частіше при T1b, ніж при T1a-стадії (див. табл. 3). Ознака проявляється нерівною бугристою поверхнею з підвищенням над оточуючими тканинами з атиповими судинами, щільним непрозорим оцтово-білим епітелієм, часто скловидним набряком (мал. 10).

Ділянки некрозу виявляли вірогідно частіше у хворих 3-ї групи у порівнянні з 1-ю групою, у 9% пацієнток з раком шийки матки T1b-стадії. Виразка зустрічалася у невеликому відсотку пацієнток і частота вірогідно відрізнялася між групами (див. табл. 3).

ВИСНОВКИ

Щільний оцтово-білий епітелій – ознака, характерна для внутрішньоepітеліальної карциноми та мікроінвазивного раку у 47% випадків та вірогідно частіше – у 87% випадків – інфільтративного раку. Для інфільтративного раку у 90% характерні атипові судин та у 64% екзофитне ураження, причому по обидвом ознакам простежується вірогідна різниця між досліджуваними групами. Такі ознаки, як груба пунктуація та мозаїка, характерні більше ніж для третини пацієнток усіх груп.

Colposcopy examination of the cervix in patients with intraepithelial carcinoma, microinvasive and invasive cervical cancer *N. Lygirda*

A study of 220 patients colposcopy with cervical cancer. Among them: Group 1 – 78 patients with intraepithelial carcinoma, 2 group – 75 patients with microinvasive cancer (stage T1a). Group 3 – 67 patients with invasive cervical cancer (stage T1b).

Thick acetowhite epithelium – a sign characteristic intraepithelial carcinoma and microinvasive cancer in 47% of cases, and significantly more in 87% of cases infiltrative cervical cancer. For infiltrative cancer in 90% of the characteristic atypical vessels and 64% of the exophytic lesion, and on both sings can be traced significant difference between the groups. Such features as a coarse punctation and mosaic common to more than one third of patients of all groups.

Key words: colposcopy, cervical cancer.

Сведения об авторе

Лигирда Наталья Федоровна – Национальный институт рака, 03022, г. Киев, ул. Ломоносова, 33/43. E mail : lygirda@ua.fm

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 300.
2. Маршетта Ж., Декамп Ф. Кольпоскопия. Метод и диагностика. – М.: Медпресс-информ, 2009.
3. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
4. Singer A., Monaghan J.M. Lower Genital Tract Precancer. Colposcopy. – 3rd ed. – Elsevier, 2013.

Статья поступила в редакцию 16.09.2015