

Національний інститут раку, Київ

# ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬПОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДРАКУ ТА ПОЧАТКОВИХ ФОРМ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ



Н.Ф. Лигирда, Л.І. Воробйова,  
М.С. Кротевич

Адреса:  
Лигирда Наталія Федорівна  
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43  
Національний інститут раку,  
відділ онкогінекології  
Тел.: (044) 257-93-15  
E-mail: vevrda@ua.fm

56



**Ключові слова:** дисплазія епітелію шийки матки, рак шийки матки, кольпоскопія.

Проведено кольпоскопічне обстеження 224 пацієток із передраком та початковими формами раку шийки матки. За ступенем тяжкості ураження морфологічно встановлено: дисплазію епітелію шийки матки легкого ступеня (1-ша група) — у 44 хворих, дисплазію епітелію шийки матки помірного ступеня (2-га група) — у 50, дисплазію епітелію шийки матки тяжкого ступеня (3-тя група) — у 68 осіб із початковими формами раку шийки матки *Ca in situ* та T1a1 (4-та група) — у 62 пацієток. Вивчено локалізацію патологічних змін на шийці матки, їх структуру. Встановлено, що кольпоскопічна картина передраку та початкових форм раку шийки матки має свої особливості й залежить від ступеня тяжкості ураження шийки матки. Кольпоскопічні ознаки легкого ступеня аномалії відзначалися у хворих усіх груп, але вірогідно частіше при дисплазіях епітелію шийки матки легкого та помірного ступеня. Кольпоскопічні ознаки тяжкого ступеня аномалії виявлені вірогідно частіше у хворих на дисплазію епітелію шийки матки тяжкого ступеня та при початкових формах раку шийки матки, а у пацієток із дисплазією епітелію легкого ступеня були відсутні.

## ВСТУП

За допомогою кольпоскопа проводиться обстеження зовнішніх статевих органів, стінок піхви та піхвова поверхня шийки матки при додатковому освітленні та стандартному збільшенні у 6–16 разів без застосування лікарських препаратів. Під час проведення обстеження вивчається стан слизової оболонки вульви, піхви, форма та розміри шийки матки і зовнішнього вічка, колір та рельєф слизової оболонки, межа плоского та циліндричного епітелію, особливості судинного рисунка. Для виявлення більш чітких кольпоскопічних ознак застосовується розширена кольпоскопія з використанням 3–5% розчину оцтової кислоти. Проба базується на зміні кольору епітелію внаслідок зворотної коагуляції внутрішньоклітинних білків, короточасного набряку клітин шипоподібного шару, скорочення субепітеліальних судин, анемізації тканин, внутрішньоклітинної коагуляції слизу. Розширена кольпоскопія проводиться через 1–3 хв після нанесення розчину оцтової кислоти на слизову оболонку шийки матки. Навіть незначні зміни диспластичного епітелію проявляються у вигляді побіління різної інтенсивності, на фоні якого можуть бути пунктуація, мозаїка, залози.

Під дією водного розчину Люголя зрілий плоский епітелій, багатий глікогеном, забарвлюється в темно-коричневий колір. Слабо забарвлюються циліндричний, метапластичний, атро-

фічний епітелій. Чітко обмежені зони йодонегативного епітелію є підозрілими щодо атипії.

Розширена кольпоскопія дає змогу виявити локалізацію, площу та межі ураження; проводити диференційну діагностику між доброякісними та підозрілими на малігнізацію ділянками епітелію шийки матки; проводити прицільний забір матеріалу для цитологічного дослідження та біопсії, що підвищує їх інформативність. Кольпоскопічно орієнтована біопсія підвищує точність діагностики на 25% [4].

Кольпоскопія із застосуванням зеленого фільтра, який повністю поглинає довгохвильове червоне випромінювання, застосовується для детального вивчення епітелію та судинного рисунка [1, 5].

В Україні використовуються ендоскопічно-морфологічна класифікація захворювань шийки матки, запропонована Є.В. Коханевич та К.П. Ганіною [2], та Міжнародна кольпоскопічна термінологія захворювань шийки матки, запропонована Міжнародною федерацією по патології шийки матки та кольпоскопії (IFCPC) і прийнята в 1990 р. на VII Всесвітньому конгресі з патології шийки матки та кольпоскопії (Рим, травень 13–17, 1990 р.) [6].

## Міжнародна кольпоскопічна класифікація (1990 р.)

I. Нормальні кольпоскопічні ознаки.  
А. Сквамозний (пласкоклетинний) епітелій.

Б. Циліндричний епітелій.

- В. Нормальна зона трансформації.  
 II. Аномальні кольпоскопічні ознаки.  
 А. У межах зони трансформації:  
 1. Оцтово-білий епітелій\*:  
 а) плаский;  
 б) мікропапілярний або мікрозвивистий.  
 2. Пунктуація\*.  
 3. Мозаїка\*.  
 4. Кератоз (лейкоплакія)\*.  
 5. Йодонегативний епітелій.  
 6. Атипові судини.

Б. Поза зоною трансформації (ектоцервікс, піхва).

1. Оцтово-білий епітелій\*:  
 а) плаский;  
 б) мікропапілярний або мікрозвивистий.  
 2. Пунктуація\*.  
 3. Мозаїка\*.  
 4. Кератоз (лейкоплакія)\*.  
 5. Йодонегативний епітелій.  
 6. Атипові судини.

III. Підозра на інвазивний рак при кольпоскопії.

IV. Незадовільна (сумнівна) кольпоскопія.

А. Межа багат шарового плаского епітелію не візуалізується.

Б. Виражене запалення чи атрофія.

В. Цервікс не візуалізується.

V. Змішані ознаки.

А. Оцтово-небіла мікропапілярна поверхня.

Б. Екзофітна кондилома.

В. Запалення.

Г. Атрофія.

Д. Вирозка.

Е. Інші.

\*Ознаки з легкими та важкими ступенями аномалії.

Кольпоскопічними критеріями атипового епітелію є білуваті ділянки слизової оболонки з/без судинного рисунку у вигляді мозаїки, пунктуації, що візуалізуються після обробки оцтовою кислотою; лейкоплакія, йодонегативні ділянки, кератинізовані залози, атипові судини. Кольпоскопічні ознаки розподіляються на легкого і важкого ступеня аномалії. Зміни легкого ступеня аномалії включають білуватий епітелій, нижній оцтово-білий (англ. — thin acetowhite) епітелій, ніжну мозаїку (англ. — fine mosaic) і пунктуацію (англ. — fine punctation), тонку лейкоплакію (англ. — thin leukoplakia). Зміни важкого ступеня аномалії — це щільний оцтово-білий (англ. — dense acetowhite) епітелій, груба мозаїка (англ. — coarse mosaic) та пунктуація (англ. — coarse punctation), щільна лейкоплакія (англ. — dense leukoplakia) [1, 3, 4, 6].

Класифікація не включає патологічні діагнози та етіологічні фактори. Акцент зроблено на опис термінів, оскільки точка зору на етіологію, патогенез, лікування та наслідки багатьох захворювань генітального тракту швидко змінюється відповідно до епідеміології, розвитку мо-

лекулярної біології, імунології. Мета цієї базової класифікації — опис стандартної номенклатури, яка використовується як у клініці, так і в наукових дослідженнях. Вона дозволяє порівнювати результати лікування в усьому світі.

Мета роботи — вивчення особливостей кольпоскопічних змін епітелію шийки матки у разі передраку та початкових форм раку шийки матки.

### ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основну групу становили 224 пацієнтки з патологією шийки матки. За ступенем тяжкості ураження морфологічно встановлено: дисплазію епітелію шийки матки легкого ступеня — Д1 (1-ша група) — у 44, дисплазію епітелію шийки матки помірного ступеня — Д2 (2-га група) — у 50, дисплазію епітелію шийки матки важкого ступеня — Д3 (3-тя група) — у 68 пацієнток із початковими формами раку шийки матки (ПФ РШМ) Ca *in situ* та T1a1 — (4-та група) — у 62 пацієнтки.

Для кольпоскопічного дослідження використовували кольпоскоп «Olympus» OSC-AW4 з 6–16-кратним збільшенням. Усі 224 хворі були обстежені методом простої та розширеної кольпоскопії із застосуванням 5% розчину оцтової кислоти та 2% водного розчину Люголя.

Обстеження здійснювали при первинному огляді та в середині менструального циклу до початку лікування [1, 4].

Інтерпретація кольпоскопічних картин проводилася за Міжнародною кольпоскопічною термінологією, прийнятою в 1990 р. на VII Всесвітньому конгресі з патології шийки матки і кольпоскопії.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Кольпоскопічна картина у пацієнток із передраком та початковими формами раку шийки матки характеризувалася великим розмаїттям. Спостерігали поєднання двох, трьох та більше кольпоскопічних ознак у одній пацієнтки. Кольпоскопічні ознаки патологічних змін на шийці матки зумовлювалися станом епітелію зони трансформації.

Вірус папіломи людини локалізується в епітелії переважно в зоні трансформації шийки матки, оскільки для проникнення вірусу в епітелій необхідний доступ до базального шару клітин. Важливою для діагностики є клінічна ідентифікація перехідної лінії зони трансформації, оскільки фактично усі патологічні процеси починаються з неї [1, 2].

Проведено вивчення особливостей кольпоскопічної картини зони трансформації у пацієнток із передраком та початковими формами раку шийки матки (табл. 1). При аналізі отриманих даних встановлено, що лише у 22,8±2,8% хворих спостерігалася лінійна перехідна зона, яка співпадала із зоною трансформації, а шийка матки була вкрита багат шаровим пласким епітелієм.

У третині випадків патологічні процеси шийки матки виникали на фоні зони трансформації з метадисплазією різного ступеня зрілості. Цих пацієнток у досліджуваних групах було 30,4±3,1%, що закономірно, оскільки в зоні перетворення відбувається активна проліферація метадисплазованого епітелію. Аномальні кольпоскопічні ознаки на фоні ектопії, а, точніше, по периферії ектопії в зоні перетворення, виявляли у 16,5±2,5% пацієнток. Кольпоскопічні ознаки характерні для дисплазій та ПФ РШМ, візуалізували на фоні рубцевих змін (рис. 1) та посттравматичних розривів шийки матки у 15,6±2,4%, ектропію — у 11,6±2,1% хворих та вірогідно частіше — при Д3 та ПФ РШМ. Таким чином, як свідчать результати власних досліджень, у більшості (77,2±2,8%) пацієнток із передраком та ПФ РШМ мали місце ті чи інші фонові процеси шийки матки, на фоні яких розвинулася дисплазія.

При обстеженні хворих зверталася увага на різноманітний характер поширення та локалізації патологічного процесу епітелію шийки матки. При більш детальному аналізі цих змін визначено основні типи поширення і локалізації уражень шийки матки та їх співвідношення зі ступенем тяжкості дисплазії (табл. 2). Як свідчать отримані дані, у 21,0±2,7% обстежених

Таблиця 1. Стан епітелію зони трансформації при дисплазіях епітелію та початкових формах раку шийки матки, n (%)

Статус зони трансформації	Група				Усього (n=224)
	1-ша (n=44)	2-га (n=50)	3-тя (n=68)	4-та (n=62)	
Нормальна зона трансформації	13 (29,6±6,9)	12 (24,0±6,0)	14 (20,6±4,9)	12 (19,4±4,2)	51 (22,8±2,8)
Ектопія циліндричного епітелію	7 (15,9±5,5)	11 (22,0±5,9)	10 (14,7±4,3)	9 (14,5±5,0)	37 (16,5±2,5)
Зона трансформації з метадисплазією різного ступеня зрілості	14 (31,8±7,0)	17 (34,0±6,7)	22 (32,4±5,7)	15 (24,2±5,4)	68 (30,4±3,1)
Рубцеві зміни	4 (9,1±4,3)*	4 (8,0±3,8)*,**	13 (19,1±4,8)	14 (22,6±5,3)	35 (15,6±2,4)
Ектропіон	3 (6,82±3,8)*	4 (8,0±3,8)	8 (11,8±3,9)	11 (17,7±4,9)	26 (11,6±2,1)
Перехідна зона не візуалізується	3 (13,6±3,8)	2 (4,0±2,8)	1 (1,5±1,5)	1 (1,6±1,6)	7 (3,1±1,2)

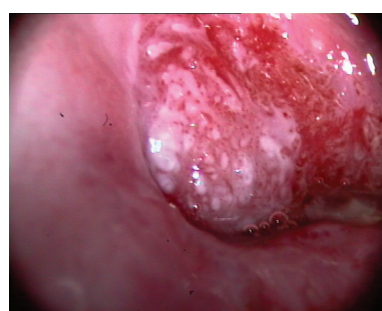
\*Різниця вірогідна відносно показника 4-ї групи (p<0,05); \*\*різниця вірогідна відносно показника 3-ї групи (p<0,05).



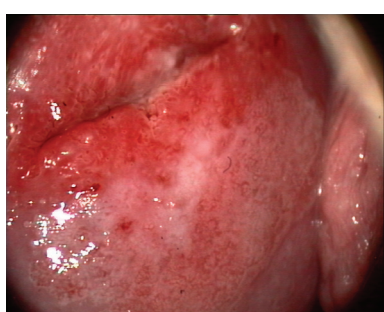
**Рис. 1.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Множинні післяпологові рубцеві зміни шийки матки, товста лейкоплакія



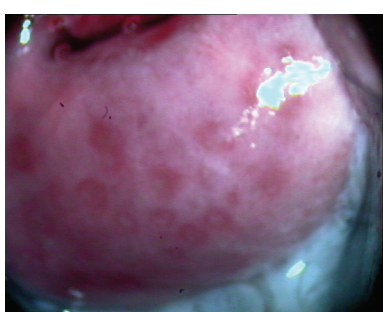
**Рис. 2.** Кольпофотограма.  $\times 6$ . Задня губа шийки матки, заднє склепіння і стінка піхви, оцтово-білий епітелій, ніжна мозаїка



**Рис. 3.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . В I зоні та цервікальному каналі — щільний оцтово-білий епітелій та зроговілі залози



**Рис. 4.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Екзоцервіцит, набряк та гіперемія слизової оболонки шийки матки



**Рис. 5.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Вогнищевий екзоцервіцит на задній губі шийки матки



**Рис. 6.** Кольпофотограма.  $\times 16$ . Гострокінцева кондилома в зоні трансформації шийки матки

58

виявлено мультицентричні ураження епітелію шийки матки, з переходом на склепіння та стінки піхви, які вірогідно частіше спостерігалися при Д1 та Д2 ( $38,6 \pm 7,3$  та  $30,0 \pm 6,5\%$  відповідно). Цей тип ураження епітелію шийки матки наведено на **рис. 2**.

Ураження при Д3 та ПФ РШМ в більшості відсотків випадків мали поєднаний характер поширення на епітелії шийки матки ( $36,8 \pm 5,9$  та  $30,7 \pm 5,9\%$  відповідно). Локалізацію патологічного процесу на шийці матки при Д3 та ПФ РШМ у межах перехідної зони трансформації, у ділянці зовнішнього вічка шийки матки спостерігали у  $27,9 \pm 5,4$  та  $25,8 \pm 5,6\%$  відповідно, що вірогідно частіше, ніж при Д1–Д2. Цей тип ураження епітелію наведено на **рис. 3**. У трьох випадках ПФ РШМ кольпоскопічно виявляли невелику ділянку патологічного епітелію

шириною до 0,5 мм у перехідній зоні шийки матки.

Як зазначалося вище, диспластичним процесам, зазвичай, передують фонові зміни епітелію шийки матки. Встановлено, що у  $79,0 \pm 2,7\%$  хворих Д1–Д2 та ПФ РШМ виникали на фоні гострого та хронічного цервіциту, який діагностували кольпоскопічно та підтверджували морфологічно (**рис. 4**).

Запалення суттєво утруднювало трактування кольпоскопічних картин. Після видалення піхового секрету візуалізували розширені капіляри, ерозований ектропіон, гіперемію, набряк, травматизацію епітелію шийки матки (див. **рис. 4**). Хворим із вираженим запаленням проводили місцеву протизапальну терапію, після якої повторювали обстеження. Після зменшення вираження гострого запалення з'являлися кольпоскопічні ознаки

внутрішньоєпітеліальних уражень, які при первинному огляді маскувалися гіперемією та набряком.

При вогнищевому цервіциті спостерігали дифузно гіперемовані ділянки слизової оболонки округлої форми, різного розміру з кільцеподібно розширеними судинами (**рис. 5**) — «полуничну шийку». Такі кольпоскопічні ознаки були характерними при трихомонадній інфекції.

У  $30,4 \pm 2,9\%$  хворих Д1–Д3 та ПФ РШМ поєднувалися з кондиломами (**рис. 6**) та папіломами різної форми та розміру, поодинокими та множинними. Достовірно частіше спостерігали поєднання кондиломатозу і Д1 (у  $47,8 \pm 7,5\%$  хворих) та Д2 ( $36,0 \pm 6,8\%$  хворих), але були випадки поєднання кондиломатозного ураження і Д3 та ПФ РШМ (у  $16,2 \pm 4,5$  та  $14,5 \pm 4,5\%$  хворих відповідно) (**табл. 3**).

Гострокінцеві кондиломи з пальцеподібними виростами (див. **рис. 6**) та вираженим судинним рисунком спостерігали в перехідній зоні, при невеликому оптичному збільшенні вони нагадували ектопію циліндричного епітелію. У деяких хворих виявляли кератинізовані кондиломи, кольпоскопічно подібні до товстої лейкоплакії та у вигляді ниток у зоні та поза зоною трансформації у вигляді «гребінців півня» (**рис. 7**).

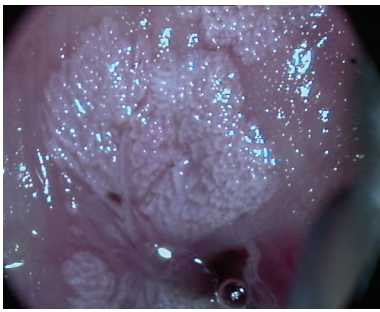
Пласкоклітинні папіломи, як правило, візуалізували поодинокі, з вираженими ознаками ороговіння (**рис. 8**).

**Таблиця 2.** Локалізація патологічних змін на шийці матки, n (%)

Характер ураження шийки матки	Група				Усього (n=224)
	1-ша (n=44)	2-га (n=50)	3-тя (n=68)	4-та (n=62)	
Локально в межах перехідної зони трансформації	5 (11,4±4,8)	10 (20,0±5,7)	19 (27,9±5,4)*	16 (25,8±5,6)*	50 (22,3±2,8)
У межах ектоцервіксу	12 (27,3±6,7)	16 (32,0±6,6)	16 (23,5±5,1)	20 (32,3±5,9)	64 (28,6±3,0)
Мультицентрично з розповсюдженням на склепіння і піхву та/чи вульву	17 (38,6±7,3)	15 (30,0±6,5)	8 (11,8±3,9)*,**	7 (11,3±4,0)*,**	47 (21,0±2,7)
Поєднаний	10 (22,7±6,3)	11 (22,0±5,9)	25 (36,8±5,9)	19 (30,7±5,9)	65 (29,0±3,0)

\*Різниця вірогідна відносно показника 1-ї групи ( $p < 0,05$ ); \*\*різниця вірогідна відносно показника 2-ї групи ( $p < 0,05$ ).





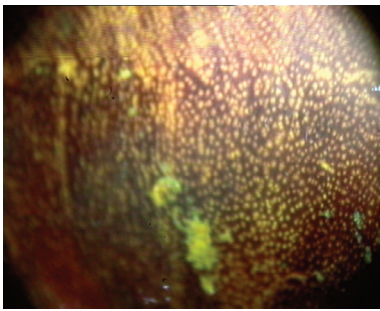
**Рис. 7.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Множинні гострокінцеві конділоми шийки матки



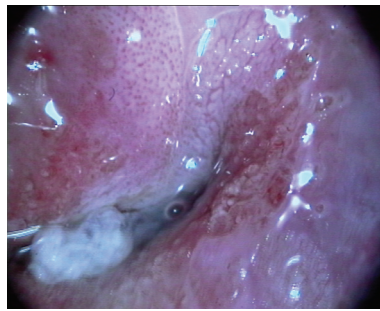
**Рис. 8.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Пласткоклітинна папілома шийки матки



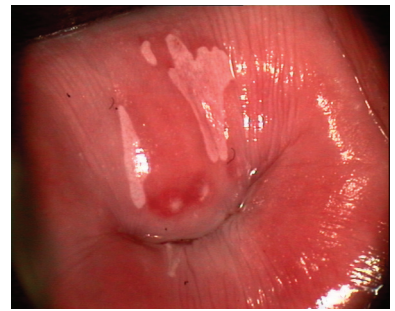
**Рис. 9.** Кольпофотограма.  $\times 6$ . Конділоматозне ураження малих статевих губ



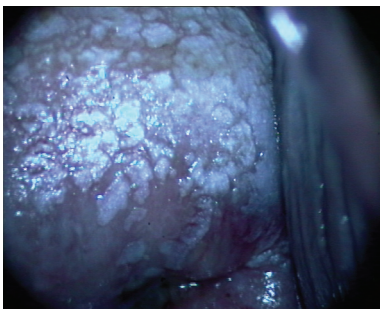
**Рис. 10.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Йодопозитивна пунктація



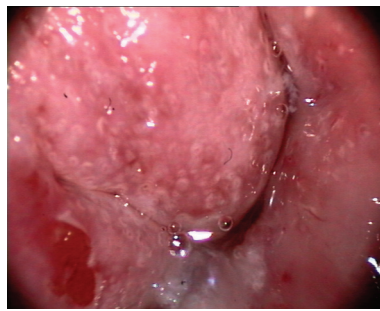
**Рис. 11.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Груба пунктація та груба мозаїка



**Рис. 12.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Нижній оцтово-білий епітелій



**Рис. 13.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Товста лейкоплакія. Осередки товстої лейкоплакії з переходом на склепіння піхви



**Рис. 14.** Кольпофотограма.  $\times 10$ . Щільний оцтово-білий епітелій та залози з ороговінням

У  $14,3 \pm 2,3\%$  хворих при кольпоскопії спостерігали конділоматозне ураження піхви та зовнішніх статевих органів (рис. 9), яке залишалося не поміченим як самою хворою, так і лікарем при візуальному обстеженні. Конділоматозне ураження зовнішніх статевих органів та піхви вірогідно частіше виявляли у хворих 1-ї та 2-ї груп (див. табл. 3).

При проведенні тесту Шилера спостерігали специфічну для папіломавірусної інфекції кольпоскопічну ознаку — мозаїкоподібний кольпіт та пунктацію, які проявлялися у нерівномірному поглинанні розчину Люголя білуватим епітелієм. Йодопозитивна пунктація і мозаїка виявлені у  $18,3 \pm 2,6\%$  хворих (рис. 10). Доствірно частіше такі ознаки відзначали у хворих з Д1 ( $38,6 \pm 6,8\%$ ) та Д2 ( $36,0 \pm 7,3\%$ )

(див. табл. 3), ніж при Д3 та ПФ РШМ ( $5,9 \pm 2,9$  і  $3,2 \pm 2,2\%$  відповідно). Можна зробити висновок, що йодопозитивна пунктація та мозаїка при відсутності інших аномальних ознак є ендоскопічними проявами продуктивної папіломавірусної інфекції геніталій. Однією з особливостей їхнього прояву є те, що при проведенні розширеної кольпоскопії з  $5\%$  оцтовою кислотою не спостерігається суттєвого поблінення слизової оболонки з чіткими межами.

Серед кольпоскопічних аномальних ознак найчастіше виявляли ніжну і грубу пунктацію — у  $21,4 \pm 2,7$  та  $36,6 \pm 3,2\%$  хворих відповідно, ніжну і грубу мозаїку — у  $24,6 \pm 2,9$  та  $31,7 \pm 3,1\%$  хворих відповідно (див. рис. 2, 4, рис. 11). Ніжну мозаїку та пунктацію вірогідно частіше відзначали у хворих 2-ї групи ( $42,0 \pm 7,0$  та  $46,0 \pm 7,1\%$  відповідно).

Такі кольпоскопічні ознаки, як ніжний та щільний оцтово-білий епітелій (рис. 12) виявляли у  $24,6 \pm 2,9$  та  $20,1 \pm 2,7\%$  пацієнток відповідно. Щільний оцтово-білий епітелій вірогідно частіше спостерігали у пацієнток 3-ї та 4-ї груп, тобто при Д3 та ПФ РШМ (див. табл. 3).

Тонку і товсту лейкоплакію візуалізували у  $12,1 \pm 2,2$  та  $6,7 \pm 1,7\%$  пацієнток із патологією епітелію шийки матки (див. рис. 1, рис. 13).

Лейкоплакію спостерігали при простій кольпоскопії, до обробки слизової оболонки  $3\%$  розчином оцтової кислоти, як на незміненому багатшаровому епітелії, так і при ПФ РШМ. Розміри ураження були різними — від невеликої пляшки (див. рис. 1) до обширних нашарувань, що займали усю поверхню шийки матки і переходили на стінки піхви (див. рис. 13).

Тонку лейкоплакію вірогідно частіше візуалізували у хворих з Д1 і Д2 ( $18,9 \pm 5,8$  та  $22,0 \pm 6,8\%$  відповідно), і навпаки, товсту лейкоплакію у них не виявляли. Натомість, товста лейкоплакія була наявна у пацієнток із Д3 та ПФ РШМ ( $8,8 \pm 3,4$  та  $14,5 \pm 4,5\%$  відповідно) (див. табл. 3).

Таку кольпоскопічну ознаку, як залози з ороговінням на фоні багатшарового та щільного оцтово-білого епітелію, спостерігали у  $9,4 \pm 2,0\%$  хворих (див. рис. 3, рис. 14), і вірогідно частіше — у хворих 4-ї групи ( $19,4\%$ ).

Як видно (див. табл. 3), кольпоскопічні ознаки легкого ступеня аномалії виявлено

**Таблиця 3.** Структура кольпоскопічних ознак при дисплазіях епітелію та початкових формах раку шийки матки (за Міжнародною кольпоскопічною термінологією, Рим, 1991), n (%)

Кольпоскопічні ознаки	Група				Усього (n=224)
	1-ша (n=44)	2-га (n=50)	3-тя (n=68)	4-та (n=62)	
Нижній оцтовобілий епітелій	19 (43,2±7,5)*,**	18 (36,0±6,8)*,**	8 (11,8±3,9)	10 (16,1±4,7)	55 (24,6±2,9)
Нижня мозаїка	12 (27,3±6,7)*,**	23 (46,0±7,1)*,**	8 (11,8±3,9)	5 (8,0±3,5)	48 (21,4±2,7)
Нижня пунктація	14 (31,8±7,0)	21 (42,0±7,0)*,**	10 (14,7±4,3)	10 (16,1±4,7)	55 (24,6±2,9)
Тонка лейкоплакія	8 (18,9±5,8)*,**	11 (22,0±5,9)*,**	5 (7,4±3,2)	3 (4,8±2,7)	27 (12,1±2,2)
Йодопозитивна мозаїка та пунктація	17 (38,6±7,3)*,**	18 (36,0±6,8)*,**	4 (5,9±2,9)	2 (3,2±2,2)	41 (18,3±2,6)
Щільний оцтовобілий епітелій	–	5 (10,0±4,2)*,**	18 (26,5±5,4)	22 (35,5±6,8)	45 (20,1±2,7)
Кондиломи та папіломи	21 (47,7±7,5)*,**	18 (36,0±6,8)*,**	11 (16,2±4,5)	9 (14,5±4,5)	59 (30,4±2,9)
Груба мозаїка	–	6 (12,0±4,6)*,**	32 (47,1±6,1)	33 (53,2±6,3)	71 (31,7±3,1)
Груба пунктація	–	4 (8,0±3,8)*,**	36 (52,9±6,1)	42 (67,7±5,9)	82 (36,6±3,2)
Товста лейкоплакія	–	–	6 (8,8±3,4)	9 (14,5±4,5)	15 (6,7±1,7)
Зроговілі залози	–	1 (2,0±2,0)	8 (11,8±3,9) <sup>#</sup>	12 (19,4±5,0) <sup>#</sup>	21 (9,4±2,0)
Атипові судини	–	–	1 (1,5±1,5)**	6 (9,7±3,8)	7 (3,1±1,6)
Кондиломи вульви	8 (18,2±5,8)**	17 (34,0±6,7)*,**	6 (8,8±3,4)	1 (1,6±1,6)	32 (14,3±2,3)
Запалення	30 (68,2±7,0) <sup>#</sup>	44 (88,0±4,6)	53 (77,9±5,0)	50 (80,6±5,0)	177 (79,0±2,7)
Ерозія та виразка	–	3 (6,0±3,3)	3 (4,4±2,5)	2 (3,2±2,2)	8 (3,5±1,2)
Атрофія	–	1 (2,0±2,0)	1 (1,5±1,5)	–	2 (0,9±0,6)

<sup>#</sup>Різниця вірогідна відносно показника 3-ї групи (p<0,05); \*\*різниця вірогідна відносно показника 4-ї групи (p<0,05); <sup>#</sup>різниця вірогідна відносно показника 2-ї групи (p<0,05). Загальна сума може бути більшою 100%, оскільки відзначалося поєднання ознак.

у хворих усіх груп, але вірогідно частіше в 1-ї та 2-ї групах, а ознаки тяжкого ступеня аномалії зареєстровано вірогідно частіше у хворих 3-ї та 4-ї груп, а у пацієнток 1-ї групи їх взагалі не візуалізували.

Кольпоскопічне визначення ознак, притаманних ПФ РШМ, залежить від рельєфного вивчення судинного рисунка,

контурів і рельєфу патологічного вогнища на шийці матки. Найбільш специфічною кольпоскопічною ознакою ПФ РШМ є наявність атипових судин у вигляді коротких та уривчастих утворів, схожих на кому, завиток, лакуни тощо. Предметом пошуку були підвищена васкуляризація, збільшена чи нерівномірна

міжкапілярна відстань, великі розширені судини, чіткий припіднятий край патологічного вогнища та виразка.

Таку кольпоскопічну ознаку, як атипові судини, вірогідно частіше спостерігали у хворих 4-ї групи (9,7±3,8%). У пацієнток 1-ї та 2-ї груп атипових судин на шийці матки не зареєстровано.

**ВИСНОВКИ**

Кольпоскопічна картина при Д1–Д3 та ПФ РШМ має свої особливості і залежить від ступеня ураження шийки матки. Кольпоскопічні ознаки легкого ступеня аномалії відзначали у хворих усіх груп, але вірогідно частіше при Д1–Д2, а ознаки тяжкого ступеня аномалії виявлені вірогідно частіше у пацієнток із Д3 та ПФ РШМ, а з Д1 — відсутні.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Бауэр Г. (2002) Цветной атлас по кольпоскопии: Пер. с нем. ГЭОТАР-МЕД, Москва, 288 с.
2. Коханевич Е.В. (ред.) (2009) Патология шейки и тела матки. Руководство для врачей. Гидромаск, Нежин, 352 с.
3. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. (1997) Кольпоскопия: Практик. руководство. Москва, 108 с.
4. Barrasso R., Guillemotonia A., Huyng B. (1991) The future of colposcopy: routine colposcopy. Gynaecology, 42(1): 52–58.
5. Bauer H.M., Hildesheim A., Schiffman M.H. et al. (1993) Determinants of genital human papillomavirus infection in low risk women in Portland, Oregon. Sex Transmis. Dis., 20(5): 274.
6. Staff A., Wilbanks M.D. (1991) An international terminology of colposcopy: report of nomenclature committee of the international Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. Obstet. Gynaecol., 77: 313–314.

**Особенности кольпоскопической диагностики предрака и начальных форм рака шейки матки**

Н.Ф. Лигурда, Л.И. Воробьева, М.С. Кротевич  
 Национальный институт рака, Киев

**Резюме.** Проведено кольпоскопическое обследование 224 пациенток с предраком и начальными формами рака шейки матки. По степени тяжести поражения морфологически диагностировано дисплазию эпителия шейки матки легкой степени (1-я группа) — у 44 пациенток, дисплазию эпителия шейки матки умеренной степени (2-я группа) — у 50, дисплазию эпителия шейки матки тяжелой степени (3-я группа) — у 68, начальные формы рака шейки матки *Ca in situ* и T1a1 (4-я группа) — у 62 пациенток. Изучено локализацию патологических изменений на шейке матки, их структуру. Установлено, что кольпоскопическая картина предрака и начальных форм рака шейки матки имеет свои особенности и зависит от степени тяжести поражения шейки матки. Кольпоскопические признаки легкой степени аномалии отмечались у пациентов всех групп, но достоверно чаще при дисплазиях эпителия шейки матки легкой и умеренной степени. Кольпоскопические признаки тяжелой степени аномалии выявлены достоверно чаще у больных с дисплазией эпителия шейки матки, а также у пациенток с дисплазией эпителия легкой степени отсутствовали.

**Ключевые слова:** дисплазия эпителия шейки матки, рак шейки матки, кольпоскопия.

**Peculiarities of colposcopic diagnostics of premalignant lesions and incipient cervical cancer**

N.F. Lygyrda, L.I. Vorobyova, M.S. Krotovykh  
 National Cancer Institute, Kyiv

**Summary.** 244 patients were colposcopically examined to determine premalignant lesions and incipient cervical cancer. According to the degree of lesion we have morphologically identified: a first-degree (mild) dysplasia of the epithelium — (group 1) in 44 patients; second-degree (moderate) dysplasia of the epithelium — (group 2) in 50 patients; third-degree (severe) dysplasia of the epithelium — (group 3) in 68 patients, and incipient cervical cancer *Ca in situ* and T1a1 stage (group 4) in 62 patients. The localization of pathological changes in the cervix and their structure were studied. It was determined that colposcopic picture of premalignant lesions and incipient cervical cancer has its peculiarities and depends on the degree of cervical lesion. Colposcopic features signaling slight anomaly were present in all groups of patients, though predominantly in groups 1 and 2 of patients. Obviously, severe anomalies were colposcopically determined in groups 3 and 4, but were totally absent in group 1 patients.

**Key words:** dysplasia of cervical epithelium, cervical cancer, colposcopy.