

Л. Н. ВАСИЛЕВСКАЯ М. А. ВИНОКУР

ОСНОВЫ КОЛЬПОСКОПИИ

♦ а т л а с ♦



МОСКВА • 1971

ИЗДАТЕЛЬСКОЕ БЮРО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ
• МЕДУЧПОСОБИЕ •

Л.Н.Василевская М.А.Винокур

ОСНОВЫ КОЛЬПОСКОПИИ



акusher-lib

ОСНОВЫ КОЛЬПОСКОПИИ

Л. Н. ВАСИЛЕВСКАЯ, М. Л. ВИНОКУР

Атлас

МОСКВА, 1971

**ИЗДАТЕЛЬСКОЕ БЮРО
РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ
МЕДУЧПОСОБИЕ**

Основным направлением противораковой борьбы является профилактика рака. Она состоит в своевременном распознавании и лечении предопухолевых состояний и начальных форм рака, что является залогом успешного лечения этого тяжелого заболевания. Это возможно при проведении массовых профилактических осмотров с применением современных методов обследования. Одним из важнейших методов в профилактике рака шейки матки является кольпоскопическое обследование, изучению которого посвящена данная работа.

Кольпоскопический метод исследования, предложенный почти полвека тому назад, получил всеобщее признание. Настало время, когда каждый врач-гинеколог должен владеть методом кольпоскопии. Кольпоскопическое обследование каждой женщины должно быть таким же обязательным компонентом гинекологического осмотра, как осмотр шейки матки с помощью зеркал.

В своей работе авторы убедительно показали, что изучение слизистой влагалищной части шейки матки при 15—30-кратном увеличении дает клиницисту неопределимое преимущество наглядного понимания сущности физиологических и патологических процессов, характер которых при осмотре невооруженным глазом остается неясным. Расширенная кольпоскопия позволяет конкретизировать клинические проявления внутриэпителиального рака шейки матки, который до сих пор являлся лишь гистологическим понятием.

Предлагаемая работа поможет врачам в овладении кольпоскопическим методом обследования и будет способствовать более широкому внедрению кольпоскопии в практику профилактических осмотров. Таким образом, цель, поставленная авторами работы «Основы кольпоскопии», будет достигнута.

Профессор Е. М. Вихляева

Профессор И. С. Краевская

Своевременная диагностика и применение эффективных методов лечения предраковых состояний являются основными вопросами профилактики рака шейки матки. Известно, что злокачественные опухоли не возникают на здоровых, физиологически полноценных тканях. Их развитию предшествуют предопухолевые изменения тканей, на почве которых с большей или меньшей частотой возникает рак (О. Е. Нудольская, 1947; А. Ф. Ларионов, 1955; А. И. Серебров, 1957; Л. А. Новикова, 1962; М. А. Петров-Маслаков, 1965; Л. М. Шабад, 1967).

Рак шейки матки — это классический пример рака, возникающего на фоне предраковых состояний (Н. Н. Петров, 1940). Поэтому выявление железисто-мышечных гиперплазий, дискератозов имеет первостепенное значение в борьбе со злокачественными заболеваниями шейки матки.

При обычном осмотре шейки матки с помощью зеркал выявляются выраженные патологические процессы: псевдоэрозии, полипы, эктропионы и развившийся рак шейки матки. В клинической практике любые красные пятна на шейке матки, независимо от их характера и причины возникновения, чаще всего обозначаются термином «эрозия», который не вскрывает сущности патологического процесса. Предраковые состояния шейки матки, внутриэпителиальный рак и начальные формы рака нередко протекают бессимптомно при незначительных изменениях слизистой шейки матки, неразличимых невооруженным глазом. Поэтому огромное значение в профилактике и диагностике этих заболеваний приобретают специальные методы исследования: расширенная кольпоскопия, кольпомикроскопия, цитологическое исследование поверхностного соскоба с шейки матки, люминесцентно-гистологический метод (А. Б. Деражне, 1963; Б. Е. Гречанин, 1962; Б. И. Железнов, 1965).

В 1925 г. немецкий гинеколог Hinselmann предложил кольпоскопию как метод обследования гинекологических больных. В настоящее время кольпоскопия получила широкое распространение.

Принцип кольпоскопии сравнительно прост: поверхность шейки матки осматривается при сильном освещении через оптическую систему линз, увеличивающих изображение в 10—30 раз. При этом характер

изменений шейки матки виден гораздо лучше, чем при осмотре невооруженным глазом.

Расширенная кольпоскопия позволяет выявить и дифференцировать изменения слизистой шейки матки, которые при обычном осмотре с помощью зеркал представляются неясными. Многолетними систематическими сравнениями изменений, выявленных с помощью кольпоскопа, с данными гистологического исследования серийных срезов тканей шейки матки установлено, что кольпоскопическим картинам в подавляющем большинстве случаев соответствуют совершенно определенные морфологические изменения шейки матки. Кольпоскопические картины изменений доброкачественного характера настолько отчетливы, что совпадение кольпоскопического и гистологического диагнозов при этих изменениях составляет почти 100%. Поэтому выявление при кольпоскопическом исследовании заведомо доброкачественных изменений шейки матки позволяет избежать многих лишних биопсий (М. Р. Хумашьян и М. М. Абрамова, 1961; Л. Н. Василевская, 1967).

Расширенная кольпоскопия дает возможность разграничить доброкачественные изменения от изменений, подозрительных по возникновению рака, которые требуют обязательного морфологического исследования. Она позволяет брать мазки и биопсию прицельно из наиболее подозрительного участка, что значительно повышает ценность биопсии и цитологического исследования.

Цитологическое исследование поверхностного соскоба с шейки матки является очень важным методом в комплексе диагностических мероприятий. Оно дополняет данные кольпоскопического исследования и способствует уточнению диагноза (А. В. Руденко, 1956; Н. Н. Шиллер-Волкова, 1964; В. А. Мандельштам и Е. А. Свиндлер, 1964; Н. А. Зайцев, 1966). Кроме того, важное значение в комплексе диагностических мероприятий имеет цитологическое исследование отделяемого из шеечного канала, так как рак может локализоваться в шеечном канале. Однако мы не считаем возможным останавливаться на цитологическом исследовании в рамках настоящей работы, тем более что оно требует специальной морфологической подготовки и навыков врачей.

С конца 20-х годов нашего столетия кольпоскопия начала применяться в Советском Союзе. Первый отечественный монокулярный кольпоскоп с 4-кратным увеличением был сконструирован А. Г. Каном (1928), который использовал его для диагностики гонорейных вульвитов у девочек. В 1933 г. Г. А. Колегаев предложил новую модель монокулярного кольпоскопа с 10-кратным увеличением и применил ее для диагностики рака шейки матки. В 1934 г. Л. Л. Окинчиц на заседании Ленинградского акушерско-гинекологического общества демонстрировал монокулярный кольпоскоп конструкции М. М. Гинзбург, позволявший изучать поверхность шейки матки с увеличением от 11 до 40 раз. По инициативе Л. Л. Окинчица (1938) и К. К. Скробанского (1938) метод кольпоскопии был применен для изучения эффективности лечения псевдоэрозий шейки матки.

В отечественной литературе впервые мы находим описание кольпоскопических изменений в работе у В. А. Лосицкой (1936). В дальнейшем краткое описание кольпоскопических картин приведено в монографии А. И. Сереброва «Рак шейки матки» (1948). Многие отечествен-

ные авторы — Е. М. Федорова (1938), Ю. Т. Коваль (1955), А. В. Антон (1957), С. С. Роговенко (1957), В. В. Адамня (1959), Е. П. Бондаревская (1959), В. Ф. Савинова (1957, 1962), Е. М. Клеиницкая и Э. А. Тарнаускас (1962), Б. Е. Гречанин (1962), М. Л. Винокур (1964), Г. Ю. Викшрайтис (1965, 1969) и др. указывали на ценность кольпоскопического метода исследования в диагностике рака шейки матки.

В последние годы кольпоскопия получила широкое распространение в Советском Союзе. Однако отсутствие необходимых руководств и атласов ограничивает возможность изучения и совершенствования метода.

Настоящая работа может быть рекомендована для студентов старших курсов и интернов медицинских институтов и молодых врачей. Мы надеемся, что этот атлас, кратко излагающий теоретические и практические основы кольпоскопии, поможет внедрению кольпоскопического метода в широкую практику гинекологических стационаров и женских консультаций и будет способствовать выявлению предраковых состояний и преклинических форм рака.

Работа выполнена доцентом кафедры акушерства и гинекологии второго лечебного факультета I Московского орденов Ленина и Трудового Красного знамени медицинского института им. И. М. Сеченова Л. Н. Василевской и научным сотрудником Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена М. Л. Винокур. Цветные кольпотофотограммы выполнены заведующим фотоотделом I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова Ф. Ф. Новицким.

ТЕХНИКА И МЕТОДИКА КОЛЬПОСКОПИИ

В Советском Союзе в настоящее время наиболее распространены бинокулярный кольпоскоп Гинзбург — модель 604 и люминесцентный фотодиагностический, которые выпускаются Ленинградским производственным объединением «Красногвардеец».

В конструкцию кольпоскопа входят оптическая система, осветительная система и штатив, на котором они укреплены. Оптическая система представляет собой сочетание линз с фокусным расстоянием 25—28 см, при котором получается стереоскопическое изображение изучаемого предмета. Осветитель кольпоскопа направляет концентрированный пучок яркого света на исследуемый участок. Для более быстрой установки кольпоскопа головка, включающая оптическую и осветительную системы, может быть вмонтирована в гинекологическое кресло.

Кольпоскоп Гинзбург — модель 604 легко передвигается в любом направлении. Он имеет штатив, на котором укреплена головка, включающая оптическую систему и осветитель. Головка перемещается в горизонтальном и вертикальном направлениях, вращается вокруг вертикальной оси на 360°, по горизонтальной оси — в пределах 40°. Высота штатива позволяет врачу вести наблюдения сидя. Оптическая система представляет собой призмный бинокль со сменными окулярами 7×, 15×, 28×. Осветитель состоит из лампочки и конденсора, обеспечивающего параллельный пучок света. Прибор работает от сети переменного тока, напряжением 127 и 220 вольт, включается в сеть через понижающий трансформатор. Кольпоскоп Гинзбург модели 604 удобен для обследования женщин в условиях женских консультаций и в стационаре.

В отличие от кольпоскопа Гинзбург — модель 604, предназначенного для визуального изучения влагалища и шейки матки, люминесцентный фотодиагностический — модель 611, кроме визуального изучения, позволяет производить фотографирование. Фотодиагностический имеет более широкие диагностические возможности, так как позволяет использовать метод флюоресцентного анализа, заключающийся в наблюдении вторичного свечения тканей при ультрафиолетовом облучении (рис. 1—4).

Визуальное исследование осуществляется с помощью бинокулярной оптической системы с увеличением в 10×. Фотографирование производится самостоятельной оптической системой, синхронно связанной со

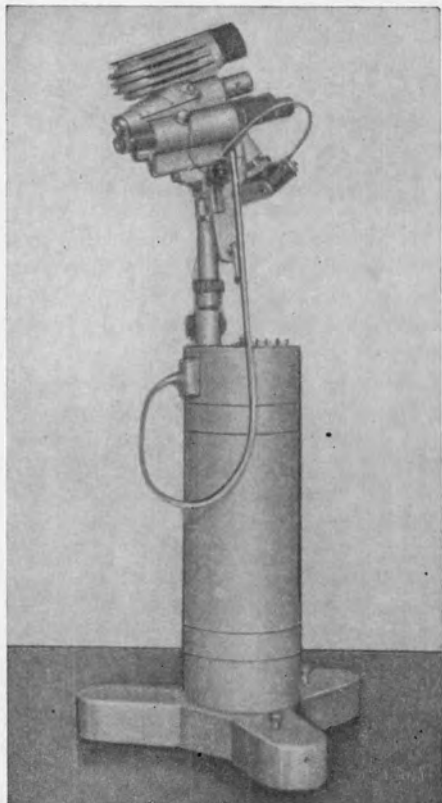


Рис. 1. Общий вид фотодиагноскопа.

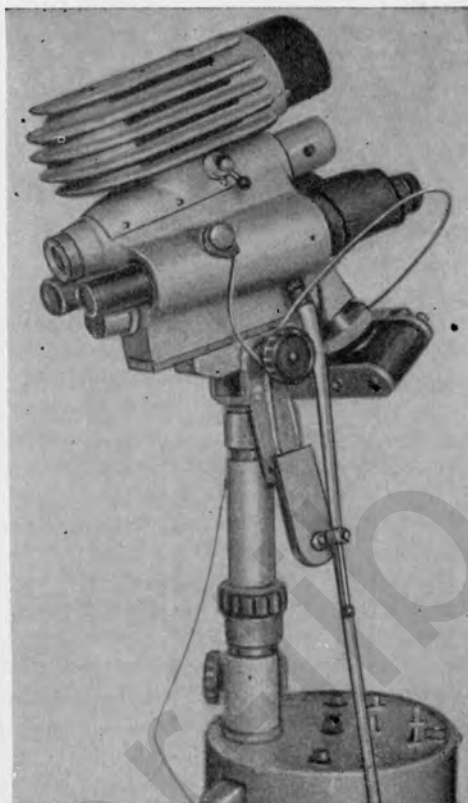


Рис. 2. Фотодиагноскоп. Вид сбоку.

специальной импульсной лампой-вспышкой. Принципиальное устройство люминесцентного фотодиагноскопа модели 611 то же, что у кольпоскопа Гинзбург. Основные части прибора: тумба — основание с узлом электропитающего устройства, оптическая головка, фотоприставка. Питание прибора осуществляется от сети переменного тока 127 и 220 вольт.

Кольпоскопия производится в незатемненной комнате. Больная укладывается на гинекологическое кресло. При исследовании целесообразно придерживаться следующей последовательности: 1) наружный осмотр; 2) введение зеркал; 3) осмотр шейки и удаление слизи и отделяемого с ее поверхности; 4) обзорная кольпоскопия; 5) производство поверхностного соскоба с шейки матки для цитологического исследования; 6) расширенная кольпоскопия с 3% раствором уксусной кислоты и 2% раствором Люголя; 7) бимануальное исследование и 8) запись исследования.

При введении зеркал и протирании шейки ватным тампоном следует соблюдать осторожность, чтобы избежать повреждения слизистой. Травматизация и кровоточивость слизистой мешают правильной оценке патологического процесса.

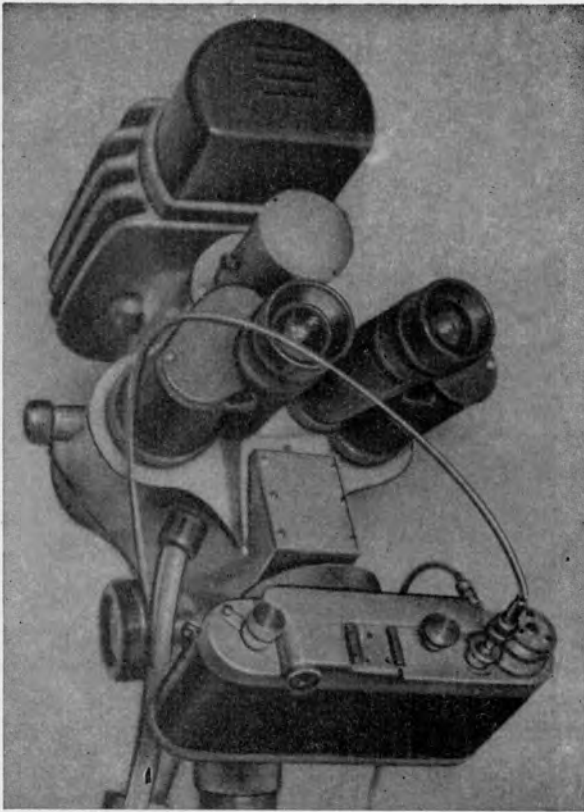


Рис. 3. Рабочая головка фотодиагноскопа. Вид спереди: сверху — осветитель, ниже — объективы бинокюля и съемочный объектив.

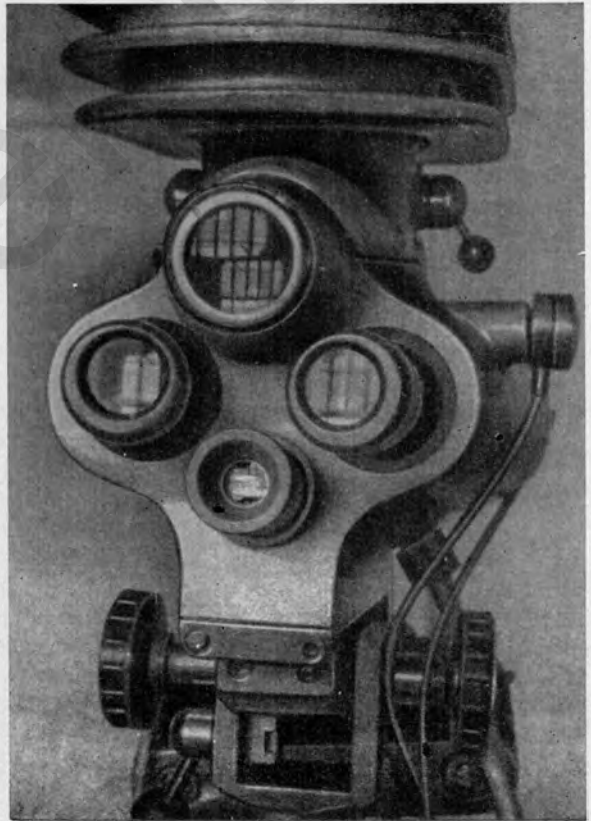


Рис. 4. Рабочая головка фотодиагноскопа. Вид сзади: сверху — осветитель, ниже — бинокляр и фотоаппарат.

Кольпоскоп устанавливается на расстоянии 25 см от поверхности влагалищной части шейки матки, которая должна быть расположена параллельно оптической плоскости объективов кольпоскопа. После этого кольпоскоп включается в сеть. Пучок света наводится на шейку матки. Смотря в окуляры кольпоскопа, врач устанавливает объективы его на соответствующей высоте, приближает или удаляет головку кольпоскопа до тех пор, пока не увидит четкое изображение влагалищной части шейки матки.

Шейка имеет сферическую поверхность, и отдельные ее участки неодинаково удалены от объективов кольпоскопа. При последовательном осмотре вращением микровинта все участки шейки устанавливаются в фокус окуляров. Шейка осматривается по часовой стрелке или сначала передняя, затем задняя губа.

При осмотре необходимо обращать внимание на форму и величину шейки и наружного зева, цвет и рельеф слизистой, границу плоского и цилиндрического эпителиев, а также на особенности сосудистого рисунка. Различают простую (обзорную) и расширенную кольпоскопию.

Обзорная кольпоскопия дает лишь ориентировочное представление об особенностях строения слизистой шейки матки. Для выявления более четких кольпоскопических картин рекомендуется пользоваться расширенной кольпоскопией. При расширенной кольпоскопии исследование проводится с применением растворов различных веществ и красителей, с использованием разных источников освещения и цветных фильтров.

Наиболее распространенной, простой и доступной методикой расширенной кольпоскопии является обработка шейки матки 3% раствором уксусной кислоты и 2% раствором Люголя. 3% раствор уксусной кислоты вызывает кратковременный отек эпителия, набухание клеток шиповидного слоя и сокращение подэпителиальных сосудов. После нанесения уксусной кислоты на влагалищную часть шейки матки четко выявляются особенности рельефа и сосудистого рисунка слизистой. Действие раствора проявляется через 30—60 сек. после смазывания слизистой и продолжается 3—4 минуты.

После изучения кольпоскопических изменений слизистой шейка осушивается ватным тампоном и смазывается 2% водным раствором Люголя. Под действием раствора Люголя нормальный зрелый многослойный плоский эпителий шейки матки, богатый гликогеном, окрашивается в темно-коричневый цвет (положительная проба Шиллера). Проба с раствором Люголя позволяет выявить границы поражения. Раствор Люголя готовится по следующей прописи: чистый йод— 1,0; йодистый калий— 2,0; дистиллированная вода— 300,0.

При выраженной васкуляризации и кровоточивости ткани шейку можно смазать сильным сосудосуживающим веществом, например, раствором норадrenalина. Для уточнения размеров истинной эрозии иногда можно использовать 5% раствор азотнокислого серебра, под действием которого эрозированный участок становится белесоватым.

Модификацией расширенной кольпоскопии является хромокольпоскопия, то есть окраска шейки матки различными красителями.

В 1938 г. Е. М. Кленицкая предложила окрашивать шейку матки раствором метилвиолета: 4 капли 10% раствора на 35 мл воды. Кра-

ситель вливается во влагалище на 3—5 минут, а затем удаляется при надавливании задним зеркалом на промежность. Многослойный плоский эпителий окрашивается в фиолетовый цвет, а участки цилиндрического эпителия остаются розовыми. Удалять краситель тампоном не рекомендуется во избежание неравномерной окраски.

А. Б. Деражне (1960) рекомендует окрашивать шейку матки гематоксилином. Ватный тампон, смоченный раствором гематоксилина, прикладывается к шейке на 3 мин. Затем шейка матки промывается физиологическим раствором. Нормальный плоский многослойный эпителий окрашивается в светло-синий цвет с фиолетовым оттенком. Атипичский эпителий и очаги рака окрашиваются в темно-синий цвет. Лейкоплакия и иногда вершины ретенционных кист остаются белыми. Граница между нормальным и патологически измененным эпителием четко выражена, что помогает при выборе места биопсии.

Разновидностью расширенной кольпоскопии является изучение слизистой шейки матки через цветные — зеленые и желтые — фильтры, а также изучение ее при ультрафиолетовом освещении для выявления более четких контуров кровеносных сосудов. При ультрафиолетовом освещении сосуды представляются черными на сером фоне слизистой.

Расширенная кольпоскопия отнимает немного времени, безболезненна и совершенно безопасна для больной. Она может многократно применяться при обследовании и диспансерном наблюдении женщин для контроля эффективности лечения в гинекологических стационарах и женских консультациях.

На основании данных расширенной кольпоскопии выбирается место для прицельной биопсии. Биопсия производится скальпелем на границе с неизменными участками слизистой с достаточным количеством подлежащей ткани.

Биопсию необходимо проводить бережно во избежание отрыва эпителия от подлежащей ткани и деформации его. При обширном поражении и затруднении в выборе места для прицельной биопсии производится биопсия конусом с помощью электроконизатора или конусовидная ампутация шейки матки. Предварительно необходимо проводить диагностическое выскабливание шеечного канала. Правильный выбор метода, места и объема биопсии дает возможность исключить или выявить начало инфильтративного рака на фоне предопухолевого состояния или внутрислизистого рака.

Получение правильной информации с помощью кольпоскопического метода ограничено теми клиническими наблюдениями, где патологический процесс локализуется на влагалищной части шейки матки, доступной осмотру.

Известно, что у 95% женщин рак шейки матки возникает в области стыка плоского и цилиндрического эпителия и в нижнем отделе шеечного канала. Нижний отдел шеечного канала многорожавших женщин легко можно осмотреть с помощью зеркал. Однако процессы патологической эпидермизации могут происходить также в более высоких отделах шеечного канала, которые практически невозможно осмотреть кольпоскопом. Эти отделы исследуются с помощью цервикоскопа.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Различные картины и изменения слизистой влагалищной части шейки матки, наблюдаемые при кольпоскопическом исследовании, в соответствии с основными используемыми классификациями мы распределили следующим образом.

1. НОРМАЛЬНАЯ СЛИЗИСТАЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ.

2. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ

В эту группу отнесены изменения слизистой влагалищной части шейки матки, наблюдаемые при различных пролиферативных процессах доброкачественного характера: эктопия, зона превращения, различные сочетания этих изменений, полипы шеечного канала. Эти изменения могут служить фоном для развития предраковых состояний.

В эту группу нами условно отнесены также изменения, наблюдаемые при атрофии слизистой и при воспалительных процессах, а также редко встречающиеся изменения влагалищной части шейки матки: эндометриоз, изменения слизистой после диатермокоагуляции и при выпадении матки.

3. АТИПИЧЕСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ

Кольпоскопические картины влагалищной части шейки матки, относящиеся к атипическому эпителию, включают лейкоплакию, простую и папиллярную основу лейкоплакии, образование полей (мозаичную лейкоплакию), эритроплакию, атипическую зону превращения, папиллому. Эти изменения, возникающие при длительных вяло текущих пролиферативных процессах, следует считать предраковыми, так как на их фоне с большей или меньшей частотой возникает плоскоклеточный рак шейки матки.

4. РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Начальные формы плоскоклеточного рака шейки матки при кольпоскопическом исследовании характеризуются сочетанием атипического эпителия с атипией сосудов.

Нормальная слизистая влагалищной части шейки матки

Нормальная слизистая влагалищной части шейки матки встречается у 5—10% женщин детородного возраста (R. Ganse, 1961; В. Лане, 1964).

Влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским эпителием до наружного отверстия шеечного канала. Многослойный плоский эпителий образует отчетливую ровную границу с однослойным цилиндрическим эпителием, выстилающим шеечный канал. Наружный зев имеет округлую форму у нерожавших и вид поперечного щелевидного отверстия у рожавших женщин. С возрастом и в менопаузе граница плоского и цилиндрического эпителия смещается выше в шеечный канал.

При кольпоскопическом исследовании нормальная слизистая шейки матки представляется гладкой, блестящей, сочной. Цвет слизистой может быть различным в зависимости от возраста, физиологического состояния женщины и от кровенаполнения субэпителиальных сосудов. В норме слизистая имеет светло-розовый оттенок, перед менструацией — цианотичный, при беременности — синюшно-багровый. У большинства женщин сосуды субэпителиального слоя при десятикратном увеличении не определяются. Иногда они видны в виде нежной мелкопетлистой сети. Сосуды крупного калибра или древовидно ветвящиеся на нормальной слизистой не встречаются.

При обработке 3% раствором уксусной кислоты видимых изменений нормальной слизистой не происходит. Нормальный плоский эпителий, клетки которого богаты гликогеном, равномерно окрашивается раствором Люголя в темно-коричневый цвет.

При гистологическом исследовании нормальной слизистой влагалищной части шейки матки выявляется, что дифференцированный многослойный плоский эпителий состоит из нескольких слоев. Нижнюю границу его образует слой базальных клеток, располагающихся в один ряд и напоминающих частокол. К нему прилегают несколько рядов парабазальных клеток, а затем слой шиповатых клеток с крупным ядром и светлой протоплазмой, образующей четко выраженные межклеточные мостики. В поверхностных слоях клетки значительно уплощаются, ядра их становятся пикнотичными.

Субэпителиальная соединительная ткань представляет собой рыхлую сеть коллагеновых и эластических волокон с включениями фибробластов и лимфоцитов. По всей поверхности непосредственно под эпителием соединительная ткань образует нерезко выраженные сосочки. Поэтому граница эпителия с подлежащей тканью представляется неровной, волнообразной. В соединительной ткани почти параллельно поверхности эпителия в несколько рядов располагаются петлистые сети кровеносных сосудов, от которых отходят сосудистые петли в подэпителиальные сосочки. В норме слизистая влагалищной части шейки матки желез не имеет.

Доброкачественные изменения слизистой влагалищной части шейки матки

Истинная эрозия

Истинная эрозия — это дефект эпителиального покрова влагалищной части шейки матки. Она возникает при десквамации многослойного плоского эпителия вследствие воспалительных процессов. Иногда истинная эрозия образуется после механической травмы атрофичной слизистой при введении зеркал, зондировании и др.

При осмотре невооруженным глазом с помощью зеркал истинная эрозия представляется в виде отдельных ярко-красных блестящих или бархатистых участков неправильной формы. Данные визуального осмотра истинной эрозии сходны с изменениями, наблюдаемыми при эктропионе и эктопии.

При кольпоскопическом исследовании истинная эрозия представляет собой участок ярко-красного цвета, лишенный эпителиального покрова. По периферии ее часто виден светлый край отслоившегося многослойного плоского эпителия. Дно истинной эрозии представляет собой обнаженную соединительную ткань с многочисленными субэпителиальными сосудами и точечными кровоизлияниями. Истинная эрозия легко кровоточит от прикосновения.

При микроскопическом исследовании истинной эрозии на границе со здоровой тканью видно, что многослойный плоский эпителий постепенно истончается и исчезает. На эрозированной поверхности видны наложения фибрина и кровь. В подэпителиальной соединительной ткани резко выражены воспалительные изменения: расширенные капилляры, обильная мелкоклеточная инфильтрация, кровоизлияния, отек ткани.

Истинная эрозия возникает в области патологически измененного эпителия, в том числе при раке шейки матки. Поэтому о характере истинной эрозии можно судить, лишь оценивая общий фон, на котором она обнаружена. Истинная эрозия на фоне атрофичной слизистой и воспалительных изменений эпителия носит доброкачественный характер. Истинная эрозия, обнаруженная по краю лейкоплакии, папиллярной основы лейкоплакии или других разновидностей кольпоскопически атипического эпителия, подозрительна в смысле злокачественного превращения. У пожилых и старых женщин рак шейки матки по мнению Н. Wespi (1946) чаще проявляется как истинная эрозия.

Немаловажное значение в оценке характера истинной эрозии имеет своевременно и правильно проведенное противовоспалительное лечение. Истинная эрозия, возникшая на почве травмы или воспалительных изменений, быстро эпителизируется. Эрозия, не поддающаяся противовоспалительному лечению, подозрительна по наличию рака.

Эктопия представляет собой поверхность влагалищной части шейки матки, покрытую цилиндрическим эпителием и располагающуюся вокруг наружного зева шеечного канала. Эктопия наблюдается у 10—15% женщин (В. Лане, 1964).

В норме многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки достигает наружного маточного зева и резко ограничен от цилиндрического эпителия, выстилающего шеечный канал. Стык плоского и цилиндрического эпителия наружного зева шейки матки является областью длительных регенеративных процессов. При разрушении плоского эпителия этой области цилиндрический эпителий шеечного канала, обладающий более высокой регенеративной способностью по сравнению с многослойным плоским эпителием, смещается на поверхность влагалищной части шейки матки, замещая дефект многослойного плоского эпителия. Эктопия является следствием гиперпластического процесса и имеет определенную связь с гормональным состоянием женщины (Е. Н. Петрова, 1964; И. А. Яковлева, 1964, 1966, 1969).

При осмотре невооруженным глазом участки эктопии представляются в виде асимметричных пятен ярко-красного цвета с зернистой поверхностью. По своей величине и форме эктопия может быть очень различна. Иногда она имеет кольцевидную форму в виде каймы различной ширины вокруг наружного зева. У многих женщин эктопия занимает большую часть передней или задней губы в окружности наружного зева. При осмотре шейки матки с помощью зеркала ярко-красные бархатистые участки эктопии в ряде случаев представляются очень подозрительными на злокачественное превращение, тем более, что они легко кровоточат при дотрагивании.

Кольпоскопическая картина эктопии очень характерна. По своему цвету и рельефу поверхности эктопия резко отличается от слизистой, покрытой многослойным плоским эпителием. Она имеет вид гроздевидных скоплений мелких шаровидных или продолговатых сосочков насыщенного красного цвета. Ярко-красный цвет эктопии обусловлен тем, что сквозь однослойный цилиндрический эпителий, покрывающий сосочки, хорошо просвечивают кровеносные сосуды. Вследствие богатой васкуляризации сосочки легко ранимы и при незначительной травме кровоточат. Граница цилиндрического и плоского эпителиев смещается на влагалищную часть шейки матки и имеет причудливые очертания. При недавнем возникновении эктопии граница эта очень четко выражена. Особенно отчетливо картина эктопии выявляется после обработки ее 3% раствором уксусной кислоты, которая вызывает сокращение сосудов и уменьшение кровоснабжения тканей, а также кратковременный отек эпителия. При этом скопления сосочков становятся более рельефными, они бледнеют и приобретают стекловидный оттенок. В отдельных сосочках, а иногда и во всех видны извитые копцевые сосудистые петли. Хорошо различимы не только обширные участки, но и мелкие островки эктопии. Островки эктопии — это участки слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, покрытые ци-

цилиндрическим эпителием, окруженные со всех сторон многослойным плоским эпителием и изолированные от наружного зева. Они хорошо видны на фоне многослойного плоского эпителия.

Кольпоскопической картине эктопии соответствуют гистологические изменения слизистой шейки, которые называются железисто-папиллярной псевдоэрозией. По всей поверхности псевдоэрозии соединительная ткань образует крупные сосочки и сосочковые разрастания, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием.

В каждой сосочке имеется концевая сосудистая петля. Цилиндрический эпителий разрастается также в глубину тканей влагалищной части шейки матки, образуя ветвящиеся железистые ходы. Таким образом, возникают так называемые эрозионные железы. В строении папиллярных образований, а также вокруг эрозионных желез обычно наблюдается мелкоклеточная воспалительная инфильтрация.

Зона превращения

Замещение цилиндрического эпителия эктопии многослойным плоским эпителием носит название зоны превращения. Это замещение осуществляется в результате процесса регенерации и процесса эпидермизации.

При регенерации замещение происходит в направлении от периферии эктопии к наружному зеву из базального зародышевого слоя многослойного плоского эпителия. Плоский эпителий растет под цилиндрический эпителий, вытесняя его, или перекрывает его в виде отдельных «язычков» различной ширины. В начале молодой плоский эпителий состоит из базального и парабазального слоев, затем количество слоев эпителия увеличивается, и он становится многослойным. Однако подобное заживление «эрозии» по мнению Ganse происходит лишь в 6% случаев.

Основное значение в замещении цилиндрического эпителия эктопии имеет процесс эпидермизации. При эпидермизации многослойный плоский эпителий образуется за счет пролиферации мелких резервных клеток цилиндрического эпителия, расположенных между базальной мембраной и цилиндрическим эпителием эктопии. Резервные клетки цилиндрического эпителия под воздействием кислой среды во влагалище теряют свою секреторную активность и превращаются в недифференцированный регенеративный эпителий. Метаплазия недифференцированного эпителия в многослойный плоский эпителий начинается обычно в окружности крупных кровеносных сосудов. (Р. Ганзе, 1963; И. А. Яковлева, 1965).

В преобладающем большинстве случаев замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием — это доброкачественный процесс, при котором метаплазированный эпителий вызревает до нормального многослойного плоского эпителия и полностью замещает цилиндрический эпителий эктопии (Holtorf, 1958, Н. К. Zinser, 1949),

Процессы регенерации и эпидермизации очень длительны. Под воздействием различных неблагоприятных факторов они могут нарушаться. Чем длительнее протекает процесс эпидермизации, тем больше возможностей возникновения различных атипических изменений метаплазированного плоского эпителия вплоть до возникновения рака. Эпидермизирующаяся эктопия при определенных обстоятельствах может стать почвой, на которой развивается рак (H. Hinselmann, R. Ganse).

Макроскопически при эпидермизации эктопии наблюдается побледнение ее поверхности. Вокруг наружного зева определяются красные пятна различной величины и формы с матовой поверхностью и расплывчатыми очертаниями. На фоне этих красных пятен или диффузной гиперемии видны желтоватые зернышки ретенционных кист.

Развитие ретенционных кист связано с особенностями эпидермизации. В процессе эпидермизации эктопии многослойный плоский эпителий перекрывает устья ветвящихся железистых ходов цилиндрического эпителия. Железистые ходы постепенно растягиваются скапливающимся секретом цилиндрического эпителия с образованием ретенционных кист (ovula Nabothi).

Кольпоскопическая картина зоны превращения очень разнообразна в зависимости от того, какому этапу эпидермизации оно соответствует.

При регенерации кольпоскопически можно видеть «языки» многослойного плоского эпителия, наползающие на цилиндрический эпителий эктопии от периферии псевдоэрозии к наружному зеву. Перекрытые плоским эпителием железы, наполненные слизью, имеют вид желтоватых взбухающих бугорков на фоне розового плоскоэпителиального покрова. Эти железы называются закрытыми, имеют различную величину и при больших размерах хорошо видны невооруженным глазом. По поверхности крупных закрытых желез кольпоскопически обычно определяются растянутые древовидно ветвящиеся кровеносные сосуды.

Характерным признаком зоны превращения является наличие открытых желез. Кольпоскопически они выявляются в виде темных зияющих углублений округлой формы. Железы продолжают вырабатывать слизь, которая выделяется через открытые выводные протоки. Иногда вокруг выводных протоков открытых желез виден нежный светлый ободок многослойного плоского эпителия, обусловленный вращением плоского эпителия в просвет желез.

Местами в области зоны превращения остаются отдельные островки эктопии с характерным гроздевидным строением, свойственным цилиндрическому эпителию.

Зона превращения характеризуется наличием васкуляризации в виде разнокалиберных ветвящихся и анастомозирующих друг с другом сосудов. Сосуды зоны превращения имеют обычно древовидно ветвящуюся форму в виде веточек, кустиков, метелок. Равномерность их ветвления является характерным признаком сосудистой картины зоны превращения и отличает их от хаотически расположенных, не ветвящихся и не анастомозирующих сосудов атипического эпителия. Одним из основных признаков сосудистой картины зоны превращения является также сужение и сокращение сосудов под действием уксусной кислоты, в то время как атипические сосуды под действием уксусной кислоты не сокращаются.

При гистологическом исследовании зоны превращения видно, что поверхность слизистой покрыта многослойным плоским эпителием. В подэпителиальной ткани располагаются многочисленные расширенные железы, заполненные секретом. Иногда выводные протоки эрозивных желез открываются на поверхности эпителиального покрова, что соответствует кольпоскопической картине открытых желез. Гораздо реже можно наблюдать, как многослойный плоский эпителий, подрастая под железистый эпителий, проникает в эрозивные железы и полностью заполняет их просвет.

Полипы шейки матки

Полипы шейки матки возникают из слизистой шеечного канала. Нередко они бывают одиночными. При хронических цервицитах наблюдаются множественные мелкие полипы.

При осмотре невооруженным глазом в шеечном канале определяется округлое или миндалевидное образование с гладкой или мелкозернистой поверхностью. Цвет его зависит от характера покрывающего эпителия и состояния кровообращения: светло-розовый, темно-розовый, красный, синюшно-багровый.

При кольпоскопическом исследовании с 3% раствором уксусной кислоты выявляется характер эпителия, покрывающего полип. При железистом строении полипа видны гроздевидные структуры, свойственные цилиндрическому эпителию. Гладкая бледно-розовая поверхность встречается в полипах с плоскоэпителиальным покровом. Иногда гроздевидные сосочковые образования покрыты тонкой белой пленкой плоского эпителия, не воспринимающего окраску йодом. Это говорит о том, что эпидермизация полипа происходит за счет незрелого метаплазированного эпителия.

В некоторых случаях на фоне бледно-розового эпителиального покрова видны древовидно ветвящиеся сосуды. При нарушении кровообращения полипы отличаются синюшно-багровым цветом и выраженной отечностью ткани.

Гистологическое строение полипов сходно со строением слизистой шеечного канала. Полипы имеют соединительнотканную строму, включающую многочисленные железы, выстланные однорядным цилиндрическим эпителием. Иногда железы очень многочисленны и образуют длинные неправильно ветвящиеся железистые ходы. Нередко вся поверхность полипа кружевообразно окаймлена большим количеством коротких ветвящихся желез. Полипы богаты кровеносными сосудами. Часто в них имеются выраженные воспалительные явления с мелкоклеточной инфильтрацией стромы, некрозами и поверхностными изъязвлениями.

Слизистая влагалищной части шейки матки у женщин пожилого и старческого возраста

При осмотре невооруженным глазом влагалищной части шейки матки в менопаузе слизистая имеет бледно-розовую окраску с желтоватым оттенком. Иногда вследствие ее истончения и просвечивания подэпителиальных сосудов наблюдается более розовый тон слизистой.

При кольпоскопическом исследовании видно, что сквозь истонченный эпителиальный покров просвечивают многочисленные разнокалиберные древовидно ветвящиеся субэпителиальные сосуды, напоминающие сетку. Кровеносные сосуды очень хрупки. Многослойный плоский эпителий в менопаузе почти не содержит гликогена и очень слабо окрашивается или совсем не окрашивается раствором Люголя. При этом на светло-желтом фоне видны светло-коричневые пятна различных оттенков, разнообразной формы с расплывчатыми границами. Слизистая в менопаузе легко травмируется с образованием субэпителиальных кровоизлияний в виде темно-красных точек, пятен и истинных эрозий, легко инфицируется.

При гистологическом исследовании слизистой в менопаузе эпителий, покрывающий влагалищную часть шейки матки, представляется атрофичным, истонченным. Он состоит из нескольких рядов базальных и поверхностных клеток. В подлежащей ткани — экстравазаты и лимфоцитарная воспалительная инфильтрация.

Слизистая влагалищной части шейки матки при кольпите

В зависимости от характера и степени воспалительного процесса, возраста и физиологического состояния женщины кольпит проявляется по-разному. При незначительной воспалительной реакции при осмотре невооруженным глазом отмечается диффузная гиперемия слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки различной интенсивности. При выраженном воспалении слизистая отечна, приобретает ярко-красную окраску, легко ранима, при незначительной травме кровоточит. В заднем своде и на стенках влагалища скапливаются гнойвидные, иногда пенистые выделения. Особенно резко кольпиты выражены при беременности.

Характерным признаком кольпоскопической картины кольпита является своеобразный сосудистый рисунок. Слизистая представляется отечной с неровной, местами сосочковой поверхностью, что связано с отеком и утолщением подэпителиальных соединительнотканых сосочков. По всей поверхности слизистой определяется множество мелких красных точек, расположенных диффузно или в виде очаговых скоплений. Красные точки представляют собой концевые петли расширенных субэпителиальных капилляров в воспаленных соединительнотканых сосочках подлежащей ткани. Вследствие сдвигания поверхностных слоев эпителия они близко подходят к поверхности слизистой. При очаговом кольпите на поверхности диффузно гиперемированной слизистой кольпоскопически выявляются несколько приподнятые над уровнем окружающей слизистой овальные или округлые участки различной величины красновато-желтого цвета, окруженные светлой каймой. Кайма является выражением воспалительного отека. На поверхности этих очагов тесно располагаются мелкие сосудистые петли.

При обработке раствором Люголя слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки окрашивается неравномерно с характерной мелкой йоднегативной крапчатостью. Каждая светлая крапинка на коричневом фоне соответствует вершине воспаленного соединительноткан-

ного сосочка. При выраженном кольпите на фоне «крупчатой» коричневой окраски определяются значительные йоднегативные участки неправильной формы с расплывчатыми границами, сливающиеся друг с другом. В области очаговых мелкоочечных скоплений отмечается слушивание эпителия с образованием поверхностных эрозий.

При гистологическом исследовании наблюдается утолщение и отек сосочков подлежащей соединительной ткани, слушивание поверхностных слоев эпителия и неравномерное истончение его. Кроме того, имеет место расширение и усиленное кровенаполнение субэпителиальных капилляров и воспалительная лейкоцитарная инфильтрация подлежащей ткани и эпителия.

Редко встречающиеся изменения слизистой влагалищной части шейки матки

Слизистая шейки при выпадении матки становится сухой и морщинистой. Плоскоэпителиальный покров утолщается. С помощью кольпоскопического исследования четко выявляются грубобороздчатый рисунок и белесоватый цвет слизистой. Раствором Люголя она, как правило, не окрашивается. Гистологическое строение шейки матки характеризуется утолщением многослойного плоского эпителия с явлениями паракератоза.

Эндометриоидные образования на влагалищной части шейки матки встречаются редко. Они представляют собой синюшно-багровые выступающие над поверхностью слизистой участки неправильно оvoidной формы, размеры которых нередко изменяются на протяжении менструального цикла. Гистологическая картина характерна для эндометриоза.

После диатермокоагуляции влагалищной части шейки матки на ее поверхности иногда появляются красные полосы и мелкие пятна, легко кровоточащие при дотрагивании. Их темно-красный цвет обусловлен наличием поверхностно расположенных расширенных сосудов, покрытых истонченным плоским эпителием. Некоторые авторы считают эти изменения проявлением эктоцервикального эндометриоза.

Атипический эпителий влагалищной части шейки матки

Кольпоскопические изменения слизистой шейки матки, подозрительные по малигнизации, были названы Гинзельманом атипическим эпителием. Атипический эпителий включает кольпоскопические картины лейкоплакии и ее разновидностей: основы лейкоплакии, образования полей и йоднегативные участки, а также атипическую зону превращения с ороговением желез. К атипическому эпителию относят также папилломатоз и эритроплакию (Е. Н. Krüger 1957, Н. Kirchoff 1959, Н. L. Kottmeier, 1969).

Лейкоплакия

Лейкоплакия — это патологический процесс, связанный с ороговением многослойного плоского эпителия.

Лейкоплакия может быть обнаружена при осмотре невооруженным глазом в виде белого пятна. В зависимости от интенсивности процесса

ороговения, от плотности и толщины ороговевшего слоя мы различаем нежные, тонкие, легко слущивающиеся лейкоплакии и лейкоплакии в виде плотных бляшек и бородавчатых наложений, более интимно спаянные с подлежащей тканью.

Лейкоплакии в виде белесых шероховатых пятен часто имеют расплывчатые границы. Тонкие нежные налеты очерчены более четко, но почти не возвышаются над поверхностью слизистой. Подобные лейкоплакии легко слущиваются при влагалитном исследовании, при протирании шейки тампоном, при спринцевании и т. д. Но они также легко и быстро возникают вновь. Вид их очень меняется в течение менструального цикла. Наиболее ярко такие лейкоплакии бывают выражены за несколько дней до менструации, когда отдельные «островки» роговых масс сливаются в обширные белые налеты. При обработке раствором Люголя лейкоплакии йоднегативны. Вокруг белых «островков» лейкоплакии выявляются значительные йоднегативные участки, указывающие истинные размеры поражения слизистой, вовлеченной в процесс ороговения. Лейкоплакии в виде шероховатых пятен и тонких налетов иногда бывают очень обширны. Они могут занимать всю поверхность шейки и переходить на своды влагалища.

Лейкоплакии в виде плотных глыбчатых бляшек обычно возвышаются над уровнем слизистой, имеют четкие границы и у большинства больных интимно спаяны с подлежащей тканью. При обработке шейки раствором Люголя вокруг лейкоплакических бляшек выявляется лишь узкая йоднегативная кайма.

Расширенная кольпоскопия позволяет уточнить характер и размеры лейкоплакии, оценить состояние слизистой, на фоне которой обнаружена лейкоплакия. При кольпоскопии выявляется шероховатая, складчатая или чешуйчатая поверхность роговых наложений.

Кольпоскопически выраженные лейкоплакии встречаются очень часто. При осмотре невооруженным глазом они незаметны. Иногда отмечается некоторая белесоватость или неравномерность окраски слизистой шейки матки. При расширенной кольпоскопии выявляются белесые четко ограниченные участки со своеобразной неровной шероховатой поверхностью, бессосудистые, иногда покрытые нежным налетом рога.

У некоторых больных рядом с участками лейкоплакии выявляются изменения, подозрительные по малигнизации — простая и папиллярная основа лейкоплакии, образование полей и атипичная зона превращения с ороговением желез. В ряде случаев эти изменения выявляются на фоне слизистой, которая при осмотре невооруженным глазом представляется неизменной.

Гистологическое строение лейкоплакии характеризуется пролиферацией многослойного плоского эпителия с неравномерным утолщением его и явлениями акантоза, полным или неполным ороговением эпителия и лимфоцитарной инфильтрацией стромы (В. П. Михайлов, 1958, 1962).

Неравномерное утолщение эпителия при лейкоплакии происходит за счет значительного увеличения числа клеток шиповидного слоя. На отдельных участках эпителий истончен и состоит из нескольких рядов базальных и шиповидных клеток. Явления акантоза проявляются в том, что массивные эпителиальные тяжи, лежащие между соединительнотканскими сосочками, глубоко погружаются в подлежащую ткань, мес-

тами анастомозируя друг с другом. Количество соединительнотканых сосочков в участках лейкоплакии значительно больше, чем в нормальном эпителии. Как правило, в эпителиальных тяжах акантоза отмечается пролиферация клеток базального слоя.

На поверхности лейкоплакии у многих больных имеется слой рога различной толщины, состоящий из безъядерных уплощенных клеток, отличающихся оксифильной окраской. Непосредственно под слоем рога определяется слой зернистых клеток в виде одного или двух рядов. Слой рога является показателем полного ороговения эпителия.

У ряда больных наблюдается неполное ороговение — паракератоз. При паракератозе поверхностный слой эпителия состоит из нескольких, иногда многочисленных рядов уплощенных клеток, вытянутых параллельно основанию, с мелкими пикнотичными ядрами и обильной оксифильной протоплазмой.

На фоне пролиферации и полного или неполного ороговения многослойного плоского эпителия могут быть выявлены различные нарушения пролиферации базального слоя, созревания и дифференцировки эпителия вплоть до внутриэпителиального и инвазивного рака (Т. Е. Гош и М. Л. Винокур, 1967; R. Ganse, 1955; G. Mestwerdt, 1953). Лейкоплакия у одной и той же больной имеет различное гистологическое строение: на одних участках может быть лейкоплакия без признаков атипии, на других — инвазивный рак. Плотность роговых наложений не является показателем степени атипии эпителия. Поэтому при биопсии следует по возможности стремиться к полному удалению лейкоплакии. У некоторых больных при наличии лейкоплакии доброкачественного характера на влажной части шейки матки в шейном канале может быть выявлен внутриэпителиальный или инвазивный рак. Для уточнения диагноза наряду с биопсией необходимо проводить диагностическое выскабливание шейного канала. (К. Lohe, 1969).

По данным М. Л. Винокур (1967), у 31,6% больных с лейкоплакией шейки матки обнаружен внутриэпителиальный и инвазивный рак.

Основа лейкоплакии и образование полей

Основа лейкоплакии и образование полей — это патологические изменения слизистой влажной части шейки матки, обусловленные нарушением процесса эпидермизации. Эти изменения эпителиального покрова наблюдаются при длительно существующих псевдоэрозиях и выявляются только при кольпоскопическом исследовании. Н. Wespi (1946), Н. Limburg (1956), А. W. Olson и Е. Е. Nichols (1961), Н. Cramer (1962), Д. Алессандреску с соавторами (1963), В. Лане (1964) рассматривают основу лейкоплакии и образование полей как проявление процесса патологического ороговения.

Основа лейкоплакии при осмотре невооруженным глазом представляется в виде нехарактерных красных пятен с нечеткими границами и неравномерной окраской и обычно трактуется как заживающая «эрозия».

Кольпоскопическую картину основы лейкоплакии характеризует наличие темно-красных точек на фоне четко ограниченных белесоватых или светло-желтых участков. Простая основа лейкоплакии располагается на уровне слизистой или ниже его и отличается мелкоточечным сосудистым рисунком. При усиленной пролиферации эпителия кольпоскопически обнаруживается папиллярная основа лейкоплакии, возвышающаяся над окружающей тканью и имеющая выпуклую сосочковую поверхность. На фоне пролиферирующего эпителия видны выпуклые темно-красные точки (сосуды) разной величины. От явлений цервикаита или атрофии слизистой, при которых нередко наблюдаются сходные изменения, основу лейкоплакии отличают беловатый фон и четкие границы поражения. После обработки шейки матки раствором уксусной кислоты участки основы обычно бледнеют и выявляются более рельефно в связи с набуханием клеток шиповидного слоя и уменьшением межклеточных пространств. В связи с ороговением и нарушением гликогенообразования участки основы лейкоплакии не окрашиваются раствором Люголя и четко отграничены от нормальной слизистой.

Гистологическое изучение основы лейкоплакии выявляет значительную пролиферацию многослойного плоского эпителия с выраженными явлениями акантоза. Почти до самой поверхности эпителия доходят многочисленные соединительнотканые сосочки с петлями расширенных воспаленных сосудов.

Другой разновидностью атипического эпителия является образование полей. Осмотр шейки матки невооруженным глазом выявляет лишь неравномерную окраску слизистой с чередованием белесоватых и гиперемированных участков.

Участки образования полей при расширенной кольпоскопии напоминают многоугольники неправильной формы белого или желтоватого цвета, разделенные красными нитями капилляров, что создает рисунок мозаики. Обычно многоугольные участки полей покрыты тонким шероховатым роговым налетом. Различают плоские поля, не возвышающиеся над уровнем слизистой, и выпуклые поля, характеризующие значительную пролиферацию эпителия. Нанесение 3% раствора уксусной кислоты делает картину полей более отчетливой. Раствором Люголя участки образования полей не окрашиваются и хорошо отграничены от неизменной слизистой.

По мнению Limburg'a (1956) поля возникают при эпидермизации желез. Цилиндрический эпителий желез вытесняется многослойным плоским эпителием. Поэтому для гистологического строения эпителиального покрова в области образования полей характерны выраженные явления акантоза. Широкие массивные тяжи плоского эпителия внедряются в подлежащую ткань. Область красных полосок, разделяющих белесые участки, представляет собой скопление соединительнотканых сосочков с расположенными в них капиллярами.

Исследования В. Ф. Савиновой (1960), Б. Е. Гречанина (1962), А. Б. Деражне (1963), Н. И. Куколевой (1964) и др. показывают, что при гистологическом изучении эпителиального покрова полей нередко могут быть выявлены внутриэпителиальный и инвазивный рак.

Эритроплакия — это патологический процесс слизистой влажной части шейки матки, при котором происходит значительное истончение эпителиального покрова с явлениями ороговения. Эритроплакия клинически проявляется в виде ярко-красных пятен с буроватым оттенком, легко кровоточащих при дотрагивании. При кольпоскопическом исследовании она представляется в виде ярко-красных участков истонченного эпителия, сквозь который просвечивает полнокровная подлежащая ткань. Неровные края эритроплакии иногда напоминают контуры географической карты. Для гистологического строения эритроплакии характерно резкое истончение эпителиального пласта, состоящего иногда из нескольких слоев клеток. Поверхностные клетки могут быть в состоянии ороговения. В подлежащей ткани — выраженная полнокровная сосудистая сеть. Вокруг сосудов — лимфоидная инфильтрация (А. А. Станкевич, 1959).

Немые йоднегативные участки

Немые йоднегативные участки — это зоны атипического эпителия, характеризующиеся нарушением гликогенообразования и явлениями неполного ороговения многослойного плоского эпителия. Эти участки незаметны при осмотре невооруженным глазом и выявляются лишь при пробе Шиллера в виде четко очерченных светло-желтых или бледно-розовых пятен неправильной формы. Гистологическое изучение показывает, что многослойный плоский эпителий в области немых йоднегативных участков характеризуется различной степенью атипии вплоть до внутриэпителиального рака (Е. Н. Krüger, 1957).

Атипическая зона превращения

Атипическая зона превращения — это комплексное понятие, включающее различные сочетания атипически измененного эпителия влажной части шейки матки: лейкоплакии, основы лейкоплакии, образования полей, эритроплакии, немых йоднегативных участков, а также ороговение желез (К. Виды и Ю. Керски, 1964; E. Burghardt, 1959).

Влагалищная часть шейки матки при обычном осмотре представляется диффузно гиперемированной, неравномерно окрашенной, местами белесоватой с неровной шероховатой поверхностью.

Кольпоскопическая картина атипической зоны превращения разнообразна. Она характеризуется чередованием белесых и резко гиперемированных участков неравномерно утолщенного плоскоэпителиального покрова. На этом фоне определяются различные сочетания основы лейкоплакии, образования полей, немых йоднегативных участков и плотные белые ободки ороговевающего эпителия вокруг выводных протоков желез — ороговевающие железы.

Гистологическое строение атипической зоны превращения зависит от характера и степени атипии эпителиального покрова. Кроме неравномерного утолщения эпителия с явлениями акантоза, полного и неполного ороговения, атипическая зона превращения характеризуется внед-

рением незрелого пролиферирующего эпителия в просвет шеечных желез. На фоне атипической зоны превращения обнаруживаются дисплазии, внутриэпителиальный и инвазивный рак (Hohlbein. R., 1959).

Папиллома

Папиллома — это очаговое разрастание многослойного плоского эпителия с явлениями ороговения. При осмотре невооруженным глазом папиллома представляется в виде значительно выступающих над поверхностью слизистой разрастаний, располагающихся наподобие розеток. Папиллома может быть розового или белесого цвета, имеет неровную сосочковую поверхность, иногда покрыта роговым налетом. Обычно папиллома четко отграничена от окружающей неизменной ткани. В ряде случаев папиллома по внешнему виду очень подозрительна, так как похожа на экзофитную форму рака.

При кольпоскопическом исследовании на фоне неизменной слизистой хорошо видны папилломатозные разрастания в виде отдельных сосочков, образующих розетку. Четко определяется сосудистая картина папилломы, атипичная по сравнению с нормальным сосудистым рисунком. На фоне пролиферирующего эпителия видны выпуклые красные сосуды, напоминающие «почки». Они представляют собой расширенные сосудистые петли в отдельных сосочках папилломы. Эти красные почковидные, несколько разнокалиберные, многочисленные сосуды равномерно располагаются по поверхности папилломы, образуя повторяющийся рисунок. При разрастании папилломы характер сосудов не меняется. Спутанность, хаотичность расположения сосудов, характерные для рака, отсутствуют. Нанесение на шейку матки 3% раствора уксусной кислоты вызывает сокращение сосудов и побледнение слизистой. Обычно папилломы частично или полностью ороговевают. Папилломатозные разрастания становятся белесыми из-за рогового налета, сосудистый рисунок менее выражен. Папилломы не окрашиваются раствором Люголя. Слизистая в окружности папилломы кольпоскопически обычно представляется неизменной и хорошо окрашивается раствором Люголя. Этот фон является косвенным признаком доброкачественности папилломы. Однако переоценивать диагностическую роль кольпоскопии при папилломах не следует.

Гистологическое строение папилломы тесно связано с особенностями ее развития. Папиллома возникает вследствие сравнительно быстрого очагового разрастания покровного эпителия. Покровный эпителий выпячивается над поверхностью слизистой в виде небольшой складки. В складку многослойного плоского эпителия врастает соединительная ткань с сосудами и образует основу ножки папилломы. Папиллома до известной степени повторяет строение нормальной ткани. Основание папилломы может быть широким и узким в виде тонкой ножки. В ряде случаев папиллома уплощается и имеет тенденцию к погружному росту. Иногда при папилломах наблюдается пролиферация атипического плоского эпителия. Папилломы должны подвергаться обязательному морфологическому исследованию и по возможности удаляться. (R. Ganse, 1961).

Клиническая картина начальных форм рака неспецифична. Внутриэпителиальный рак и преинвазивные формы рака шейки матки чаще всего возникают на фоне длительно текущих эктопий и лейкоплакий. При осмотре с помощью зеркал мы наблюдаем неравномерную окраску слизистой с чередованием гиперемированных и белесых шероховатых участков. Иногда участки измененной слизистой легко травмируются и кровоточат.

Кольпоскопическое исследование позволяет выявить начальные стадии злокачественного процесса, которые при осмотре невооруженным глазом не обнаруживаются. Изменения при внутриэпителиальном раке и при начальных стадиях рака сходны. Они характеризуются наличием участков атипического ороговевающего эпителия — простой и папиллярной основы лейкоплакии, образования полей и атипической зоны превращения, а также атипичной сосудистой рисунка.

Выявление сосудистой атипии имеет первостепенное значение в диагностике ранних форм рака шейки матки. Сосудистая атипия является гораздо более подозрительным по малигнизации признаком, чем участки ороговевающего эпителия (Э. А. Тарнаускас, 1956; Н. И. Куколева, 1961; С. Добек, 1963; Т. Антуан, 1963; В. Василев, 1963).

Терминальная сосудистая сеть обеспечивает питание эпителия влагалищной части шейки матки. Поэтому изменение формы, числа и расположения мелких сосудов слизистой является отражением активности эпителиального роста и его нарушений. При доброкачественной пролиферации эпителия количество субэпителиальных сосудов увеличивается. С возникновением бурного роста эпителия, за которым не успевает развитие кровоснабжения, возникают так называемая адаптивная сосудистая гипертрофия и сосудистая атипия, указывающие на неравномерный эпителиальный рост, а затем и на возникновение рака.

Атипия сосудистой рисунка проявляется в том, что в области патологического очага на фоне белесой, иногда аморфной ткани, несколько возвышающейся над уровнем слизистой, выявляются хаотически расположенные, неанастомозирующие сосуды причудливой формы. Они сильно извиты, имеют штопорообразную или шпилькообразную форму, иногда форму запятых и петель. В области измененной слизистой встречаются также грубые, утолщенные, булавовидно расширенные, короткие, как бы обрубленные сосуды и длинные извитые варикозно расширенные сосудистые фрагменты. Атипические сосуды при раке резко отличаются от равномерно и последовательно древовидно ветвящихся сосудов доброкачественной зоны превращения. Они функционально неполноценны, не имеют мышечной стенки и по строению напоминают эмбриональные капилляры. Эти сосуды не сокращаются под воздействием 3% раствора уксусной кислоты и других сосудосуживающих средств, легко травмируются и кровоточат. Чем более атипична сосудистая сеть, выявленная при кольпоскопии, тем больше подозрение на возникновение инвазивного рака (П. Коллер и П. Кольстед, 1963).

По наблюдениям Э. А. Тарнаускаса (1962) для начальных форм рака характерно наличие отчетливо ограниченных выпуклых очагов стекловидной ткани, состоящих из мелких или более крупных округлых возвышений. В каждом из этих округлых участков располагаются один или несколько штопорообразно извитых сосудов или сосудистые петли в форме шпилек. При выраженной пролиферации эпителия очаг начальной формы рака может представлять собой скопление продолговатых, несколько уплощенных отростков с утолщенной вершиной. В каждом отростке располагается сосудистая петля в виде шпильки. Кроме того, выявляются небольшие и неглубокие изъязвления с мелкобугристым желтовато-розовым дном и несколько возвышенными краями. На изъязвленной поверхности беспорядочно располагаются сосудистые петли причудливой формы, не анастомозирующие друг с другом.

Следует отметить, что у женщин молодого и пожилого возраста рак шейки матки развивается различно. У молодых женщин он возникает на фоне длительной патологической пролиферации эпителия, обусловленной процессом непрямой метаплазии. Ему предшествуют изменения эпителия типа образования полей, папиллярной основы лейкоплакии с атипией сосудов. У пожилых и старых женщин пролиферативные процессы и непрямая метаплазия выражены значительно меньше. В пожилом возрасте рак чаще проявляется в виде истинной эрозии и изъязвления.

При гистологическом исследовании начальных форм рака определяется неравномерно утолщенный пласт атипичного многослойного плоского эпителия различной степени зрелости с выраженным акантозом и складчатой поверхностью, большим полиморфизмом клеток, потерей комплексности и полярности, обилием митозов. В отдельных местах имеется погружение и отшнуровывание комплексов атипичных эпителиальных клеток в подлежащую ткань. (Т. Е. Гош и З. В. Гольберт, 1962; Б. Д. Каплан, 1964; E. Burghardt, 1969).

Значение кольпоскопического исследования для выявления распространенных форм рака невелико, так как они сравнительно легко диагностируются на основании визуальных и пальпаторных данных при обычном гинекологическом осмотре. Клинически выраженный рак шейки матки определяется обычно в виде большой экзофитной опухоли или кратерообразного изъязвления на фоне резко деформированной и гипертрофированной шейки деревянистой плотности. Раковая опухоль легко травмируется и кровоточит, часто покрыта некротическими наложениями.

При кольпоскопическом исследовании видно, что очаги распространенного рака возвышаются над окружающей слизистой, имеют подрывные или валикообразные края, неровную бугристую поверхность. На фоне стекловидной светло-желтой ткани выявляются многочисленные разнокалиберные, иногда значительно расширенные атипические сосуды причудливой формы. Кроме сосудов, извитых в форме спирали, подковы и штопора, выявляются вытянутые длинные или короткие фрагменты сосудов, ширина которых на всем протяжении не изменяется. Иногда наблюдается резкое изменение направления сосудов, в результате чего они кажутся оборванными, надломленными. Контуры сосудов могут быть неровными вследствие мелких периваскулярных кровоиз-

лияний. Сосуды не анастомозируют друг с другом, располагаются далеко друг от друга. Некоторые крупные сосуды как бы лежат на поверхности раковой ткани, возвышаются над ней, легко травмируются и кровоточат. По периферии раковой опухоли обычно наблюдается скопление хаотически расположенных мелких атипичных сосудов.

На поверхности раковой опухоли иногда выявляются участки роговых наложений различной толщины и обширные очаги некроза.

Гистологическая картина плоскоклеточного рака: комплексы атипизированного плоского эпителия с многочисленными митозами инфильтрируют подэпителиальную ткань шейки матки; клетки опухоли с увеличенными полиморфными гиперхромными ядрами. В зависимости от степени дифференцировки опухолевых клеток различают более зрелые и менее зрелые формы плоскоклеточного рака. Наиболее дифференцированный — плоскоклеточный ороговевающий рак, при котором происходит накопление рога в протоплазме клеток в центре комплексов с возникновением округлых слоистых образований, так называемых раковых жемчужин. Менее дифференцированные формы — это плоскоклеточный неороговевающий рак и низкодифференцированный рак с наиболее резкой анаплазией опухолевых клеток.

Документация кольпоскопических данных

Документация данных кольпоскопического исследования должна быть по возможности точна, наглядна и проста.

Кольпоскопические картины можно документировать различными методами: составляя их описание и делая зарисовки в виде схем, с помощью акварельных рисунков или кольпофотографий. Некоторые исследователи обозначают выявленные изменения начальными буквами кольпоскопических терминов.

При записи полученных данных необходимо указывать вид расширенной кольпоскопии и примененное при кольпоскопии увеличение, а также местоположение выявленных изменений по квадрантам (и секторам).

При массовых кольпоскопических обследованиях удобны схематические изображения. При этом совершенно излишне точное изображение местоположения каждой отдельной железы, каждого отдельного островка эктопии. Необходимо в общих чертах отразить форму и взаимное расположение различных кольпоскопических изменений.

Для уточнения локализации и характера поражения и места взятия биопсии, для удобства динамического наблюдения за эффективностью лечения и для сокращения времени записи полученных данных нами предложена схема условных кольпоскопических обозначений. (рис. 5).

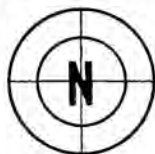
Влагалищная часть шейки матки условно изображается в виде круга, который делится на внутренний и наружный. Двумя перпендикулярными линиями шейка делится на 4 квадранта. При неизменной границе между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием наружный зев обозначается прямой горизонтальной линией, при измененной — волнистой. Доброкачественные, а также атипические изменения слизистой влагалищной части шейки матки, обнаруженные при кольпоскопическом исследовании, имеют различные условные обозначения, которые наносятся в пределах измененных квадрантов в области внутреннего или наружного круга.

Наиболее современным методом документации является кольпофотография, которая отражает все многообразие кольпоскопических картин (Н. И. Куколева, 1964; Ч. Ю. Викшрайтис, 1965).

На каждую больную целесообразно составлять карту кольпоскопического исследования, ориентировочный образец которой мы прилагаем (рис. 6). В карте фиксируются паспортные данные больной, клинический диагноз, сроки и данные кольпоскопических обследований. В результате создается стройная картина динамического наблюдения состояния слизистой шейки матки.

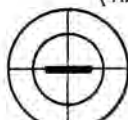
УСЛОВНЫЕ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

НОРМАЛЬНАЯ СЛИЗИСТАЯ
ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ
ШЕЙКИ МАТКИ



ГРАНИЦА МНОГОСЛОЙНОГО
ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ
И ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО

(НАРУЖНЫЙ ЗЕВ)



НЕ ИЗМЕНЕН

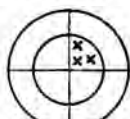


ИЗМЕНЕН

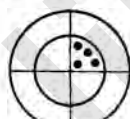
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ
ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ



ЭКТОПИЯ



ЗОНА
ПРЕВРАЩЕНИЯ



ОТКРЫТЫЕ
ЖЕЛЕЗЫ



ЗАКРЫТЫЕ
ЖЕЛЕЗЫ



ИСТИННАЯ
ЭРОЗИЯ



ПОЛИП
ШЕЙКИ

АТИПИЧЕСКАЯ СЛИЗИСТАЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ
МАТКИ



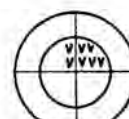
ПОЛЯ



ЛЕЙКОПЛАКИЯ



ОСНОВА
ЛЕЙКОПЛАКИИ



ЭРИТРОПЛАКИЯ

ИОДНЕГАТИВНАЯ ЗОНА



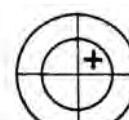
НЕРЕЗКО
ОГРАНИЧЕННАЯ



РЕЗКО
ОГРАНИЧЕННАЯ



АТИПИЧНЫЕ
СОСУДЫ



МЕСТО ВЗЯТИЯ
БИОПСИИ

Рис. 5. Условные кольпоскопические обозначения.

КАРТА КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ф., и., о. Возраст Адрес, телефон Дата осмотра	Кольпоскопические обозначения Дата осмотра	Гистологический диагноз				
Клинический диагноз	Дата осмотра	Лечение				
Кольпоскопический диагноз (необходимое подчеркнуть)						
Переход многослойного плоского эпителия в цилиндрический:						
изменен	не изменен					
Нормальная слизистая	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Доброкачественные изменения </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Атипия слизистой </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> эктопия зона превращения открытые железы закрытые железы истинная эрозия полип шейки </td> <td style="vertical-align: top;"> поля лейкоплакия основа эритроплакия йоднегативная зона атипичные сосуды </td> </tr> </table>	Доброкачественные изменения	Атипия слизистой	эктопия зона превращения открытые железы закрытые железы истинная эрозия полип шейки	поля лейкоплакия основа эритроплакия йоднегативная зона атипичные сосуды	Дата осмотра
Доброкачественные изменения	Атипия слизистой					
эктопия зона превращения открытые железы закрытые железы истинная эрозия полип шейки	поля лейкоплакия основа эритроплакия йоднегативная зона атипичные сосуды					

Рис. 6. Образец карты кольпоскопического обследования.

Заключение

Кольпоскопические изменения доброкачественного характера и изменения, подозрительные по малигнизации, встречаются в различных сочетаниях. Рядом с участками атипического эпителия с атипией сосудов можно нередко видеть доброкачественные изменения. Врач должен оценивать кольпоскопическую картину слизистой шейки матки в соответствии с возрастом и физиологическим состоянием больной, в комплексе с данными цитологического исследования. Кольпоскопическое заключение дается на основании признаков, наиболее подозрительных по возникновению злокачественного процесса.

Совпадение данных кольпоскопического и гистологического исследований по данным В. Ф. Савиновой (1962) составляет 76%, по данным Э. А. Тарнаускаса (1956) — 84,3%.

При оценке атипии эпителиального покрова кольпоскопия не может заменить гистологического исследования. При кольпоскопии можно выявить очень ранние стадии малигнизации, но нельзя точно определить степень атипии эпителия и взаимоотношение его с подлежащей тканью. Поэтому при обнаружении кольпоскопических изменений, подозрительных по злокачественному превращению, завершающим этапом является морфологическое исследование.

Все представленные нами кольпофотограммы выполнены при увеличении в 10 раз. Для правильной оценки кольпофотограмм необходимо учитывать наличие световых рефлексов, обусловленных кривизной поверхности и влажностью слизистой влагалищной части шейки матки. На кольпофотограммах видны нависающие стенки влагалища, что не затрудняет чтения кольпофотограмм.

**КОЛЬПО-
ФОТОГРАММЫ**

akusher-lib.ru

**НОРМАЛЬНАЯ СЛИЗИСТАЯ
ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ**

акusher-lib.ru



Рис. 7. Кольпофотограмма. Нормальная слизистая влагалищной части шейки матки, покрытая до наружного зева неизменным многослойным плоским эпителием.

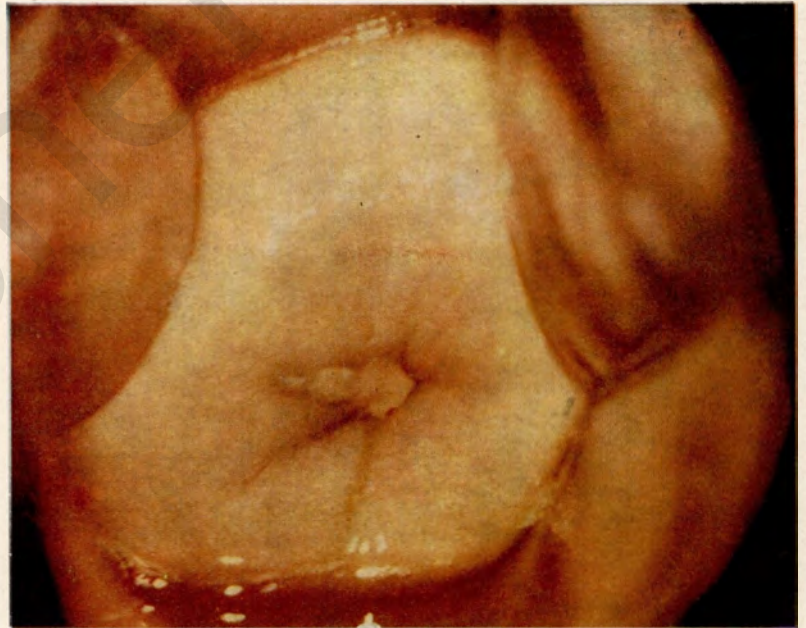


Рис. 8. Кольпофотограмма. Влагалищная часть шейки матки, покрытая неизменной слизистой. В наружном зеве слизь.

Рис. 9. Кольпотограмма. При обработке раствором Люголя нормальная слизистая, покрытая многослойным плоским эпителием, окрашивается в темно-коричневый цвет

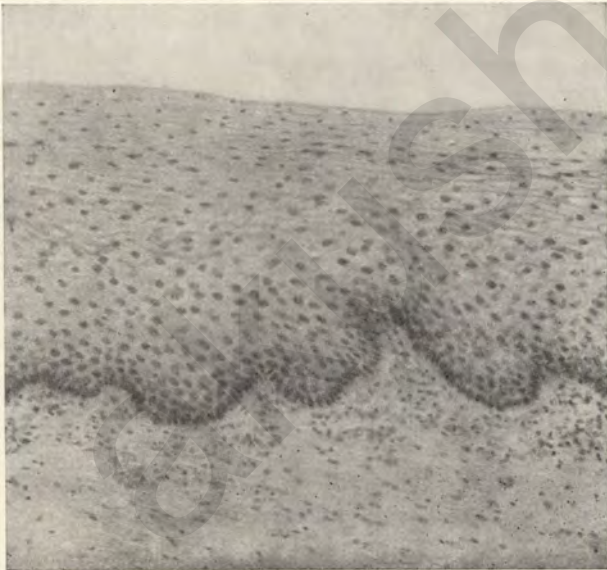
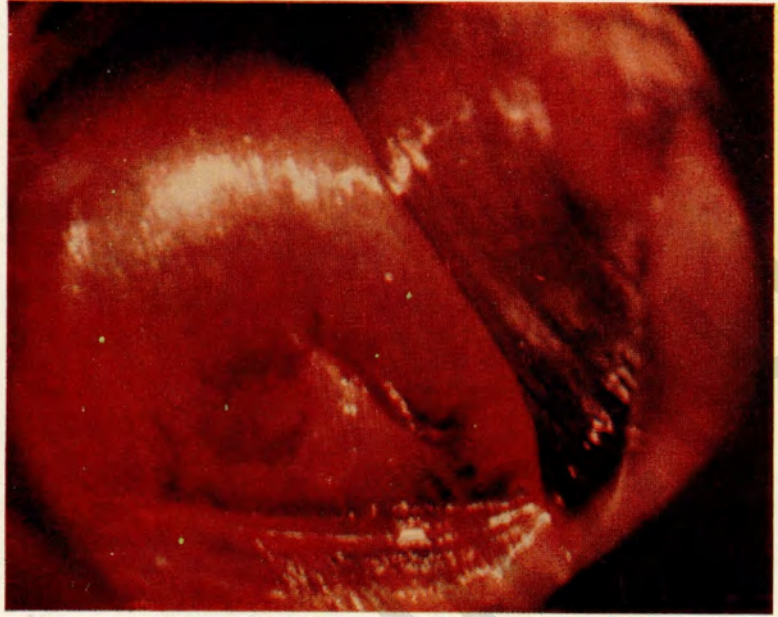


Рис. 10. Микрофотограмма. Многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки, $\times 100$.

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ
ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ:**

Истинная эрозия, эктопия, зона превращения,
полипы шеечного канала.

Атрофичная слизистая влагалищной части шейки матки.

Слизистая влагалищной части шейки матки
при воспалении.

Состояние после диатермокоагуляции эктопии.

Эктоцервикальный эндометриоз.

Слизистая шейки матки при выпадении.

Рис. 11. Кольпофотограмма. Истинная эрозия с белесой каймой отслоившегося плоского эпителия по периферии.

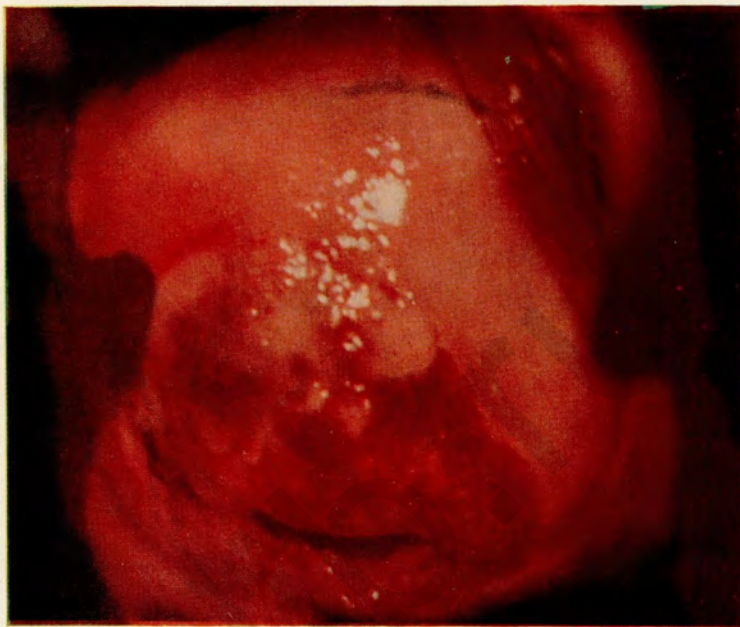


Рис. 12. Кольпофотограмма. Папиллярная эктопия. В наружном зеве слизь.

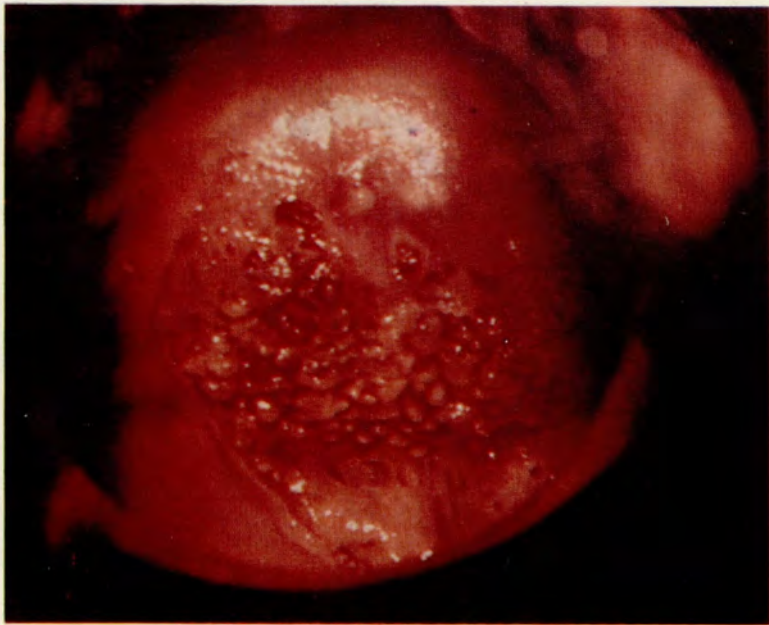


Рис. 13. Кольпофотограмма. На передней губе шейки матки папиллярная эктопия. По периферии зона превращения с открытыми и закрытыми железами.

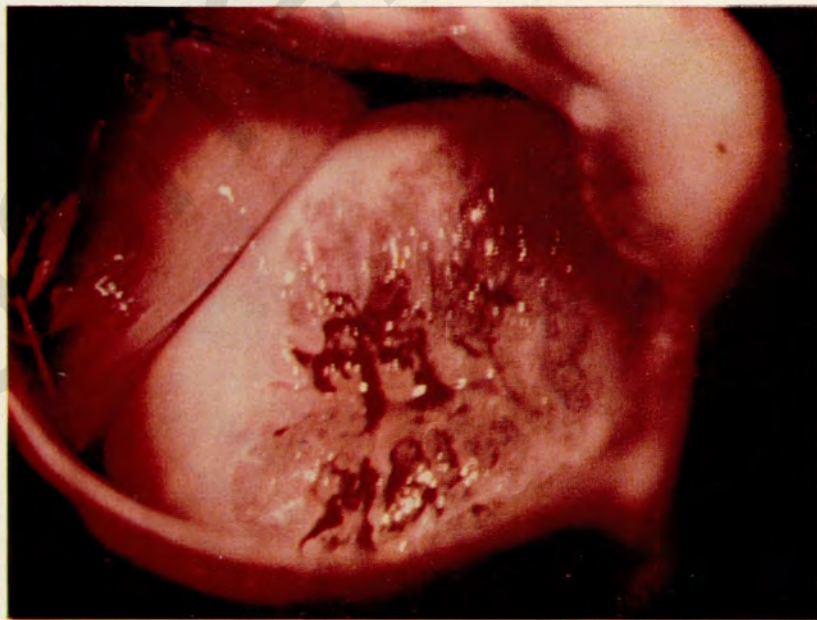


Рис. 14. Кольпофотограмма. Вокруг наружного зева папиллярная эктопия, легко кровоточащая при дотрагивании.

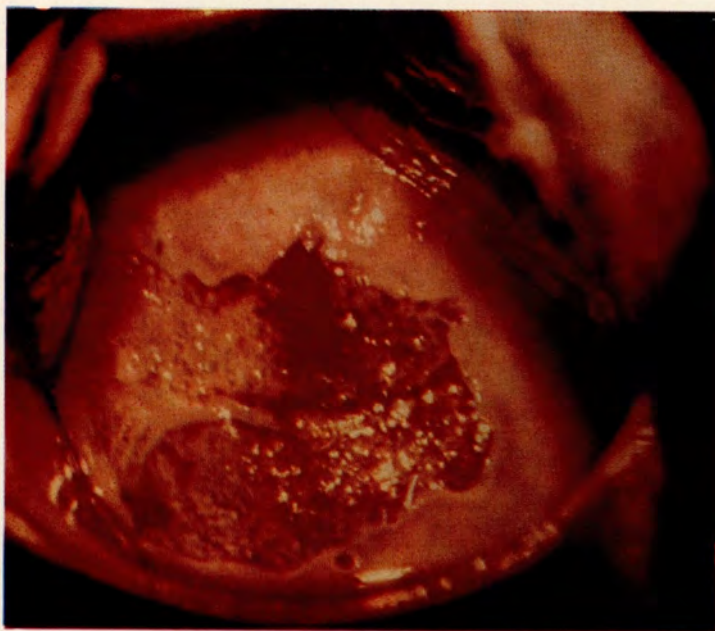


Рис. 15. Кольпофотограмма. На передней и задней губе папиллярная эктопия с четкой границей.

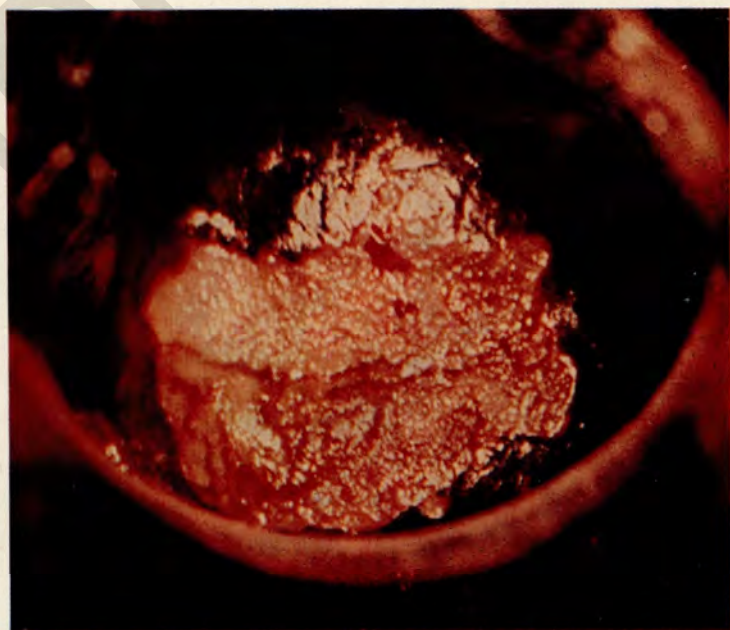


Рис. 16. Кольпофотограмма. При обработке раствором Люголя эктопия не воспринимает окраски.

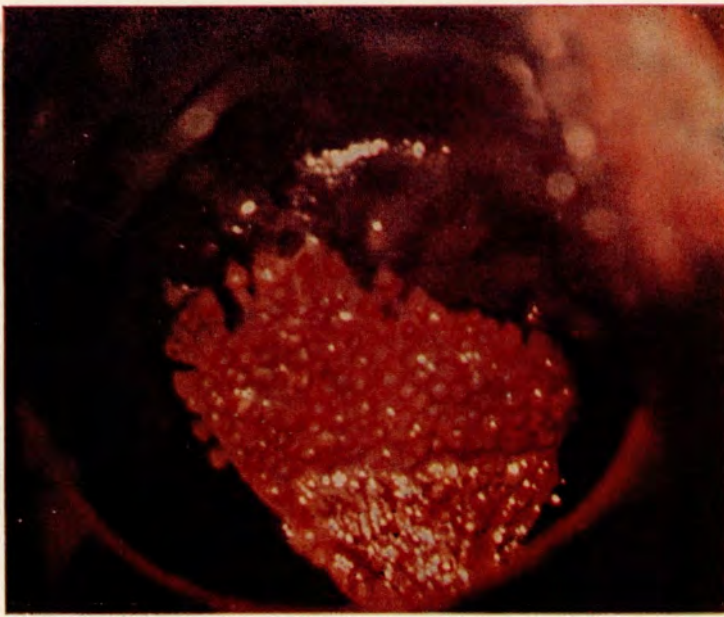


Рис. 17. Кольпофотограмма. При обработке раствором Люголя эктопия не окрашивается, имеет четкие границы.

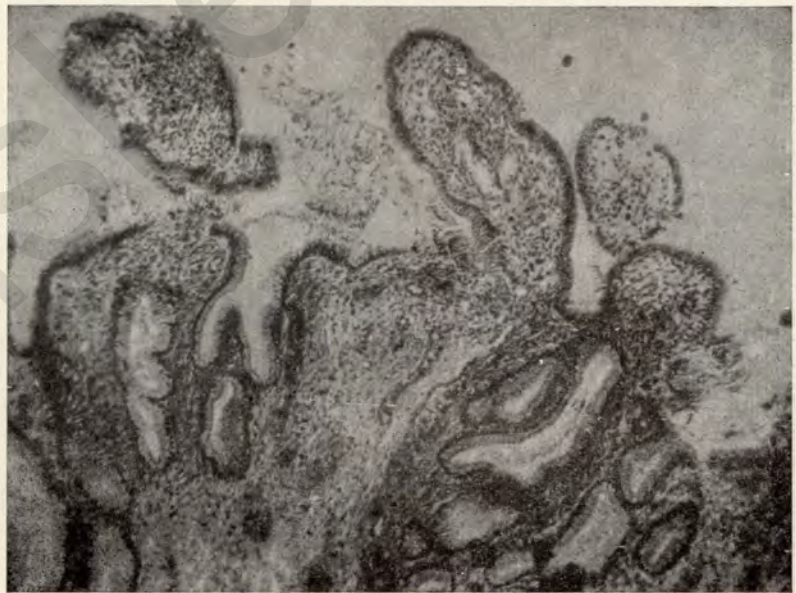


Рис. 18. Микрофотограмма. Железисто-папиллярная псевдоэрозия влагалищной части шейки матки. Изменения соответствуют кольпоскопической картине эктопии.
×100.

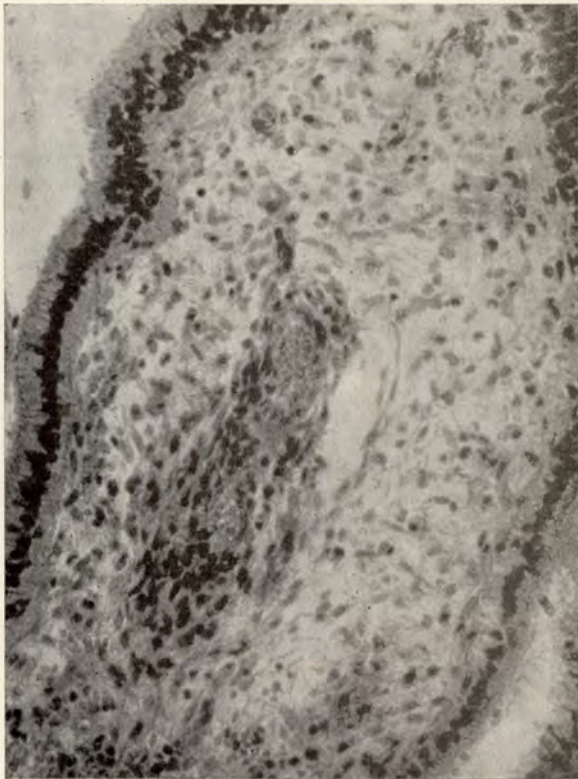


Рис. 19. Микрофотограмма. Железисто-папиллярная псевдоэрозия. Тот же препарат. $\times 200$.

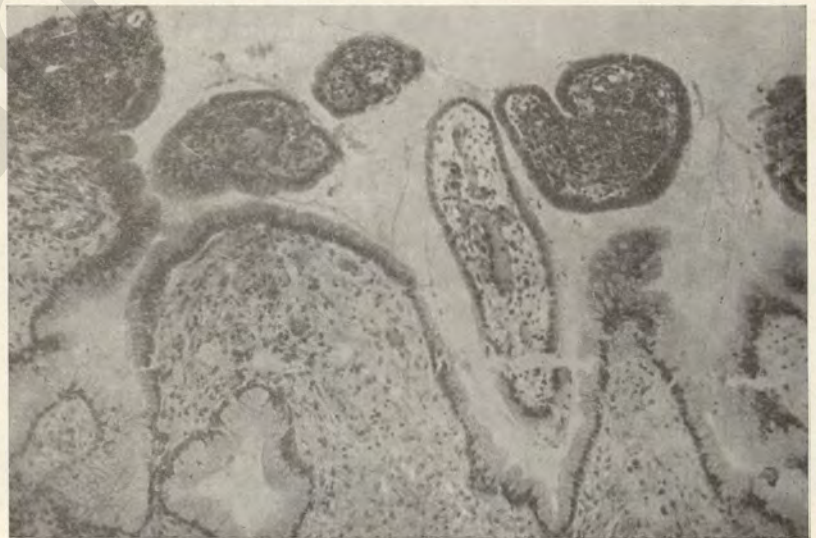


Рис. 20. Микрофотограмма. Железисто-сосочковая эрозия со значительным образованием слизи. $\times 80$.

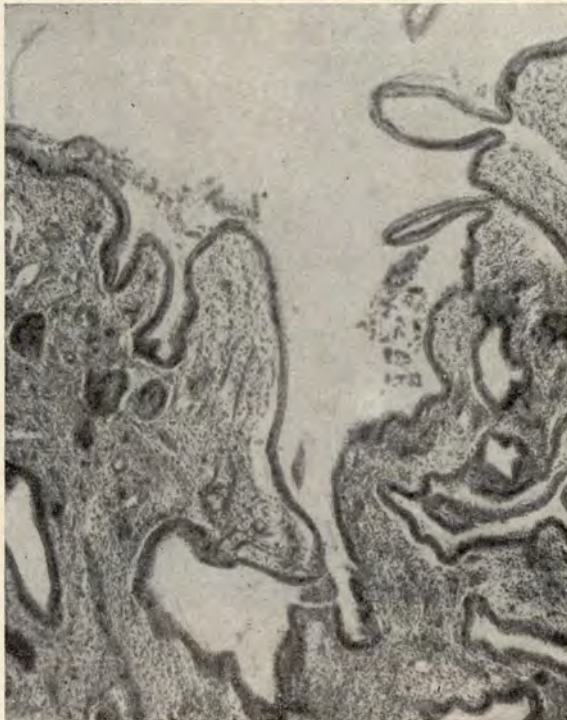


Рис. 21. Микрофотограмма. Железисто-папиллярная псевдоэрозия с ветвящимися железами, соответствует кольпоскопической картине эктопии. $\times 80$.

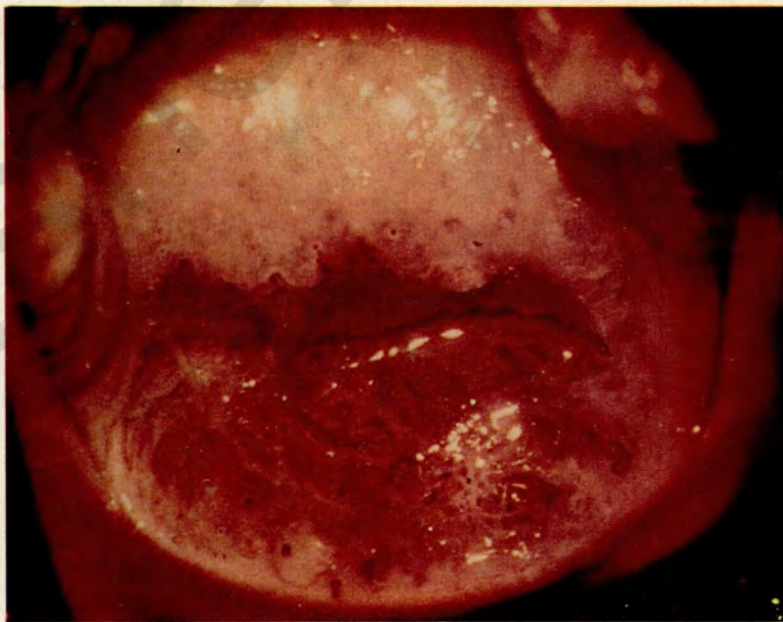


Рис. 22. Кольпотограмма. Складчатая эктопия и обширная зона превращения с множеством открытых и закрытых желез и островками эктопии.

Рис. 23. Кольпофотограмма. Эктопия и зона превращения с открытыми железами.



Рис. 24. Кольпофотограмма. На задней губе эктопия и зона превращения с открытыми железами.

Рис. 25. Кольпофотограмма. Небольшая эктопия и зона превращения с открытыми, частично ороговевающими железами. Отдельные закрытые железы.

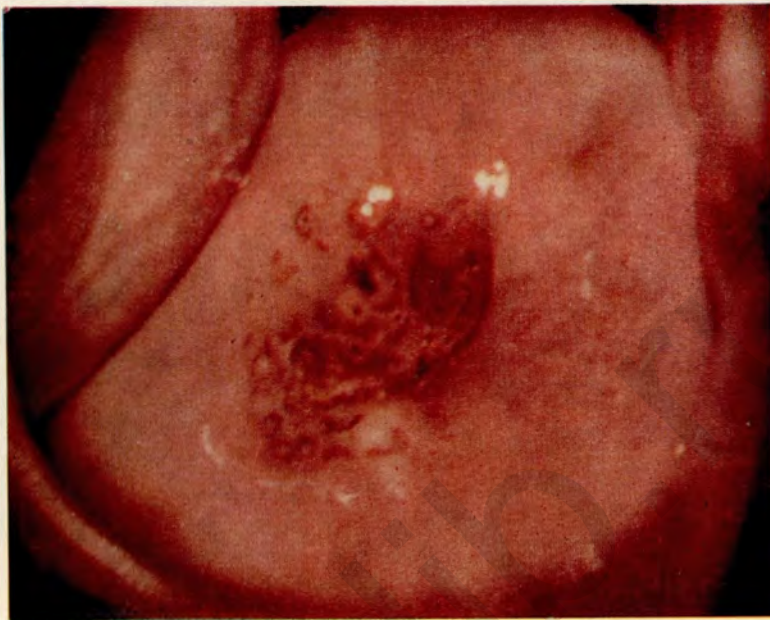


Рис. 26. Кольпофотограмма. На задней губе небольшая эктопия с четкой границей и зона превращения с выраженной сетью субэпителиальных сосудов.

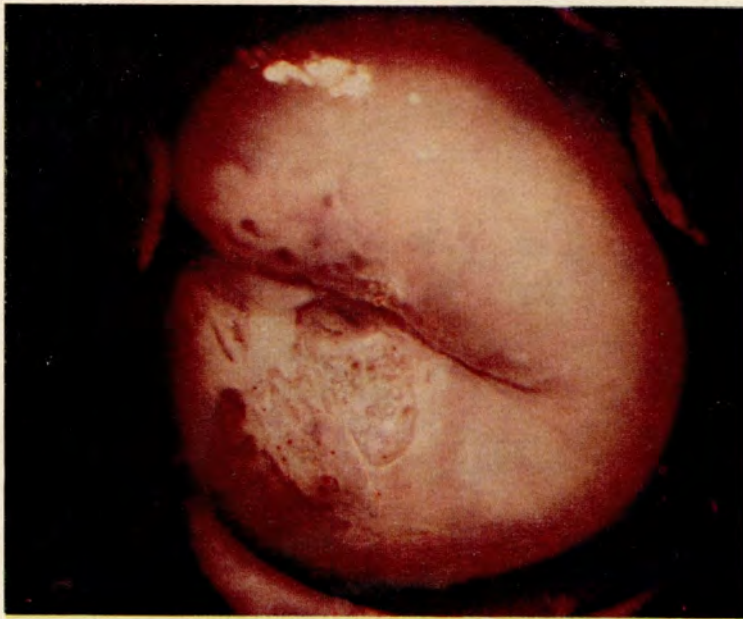


Рис. 27. Кольпотограмма. Зона превращения с открытыми железами и островками эктопии на задней губе.

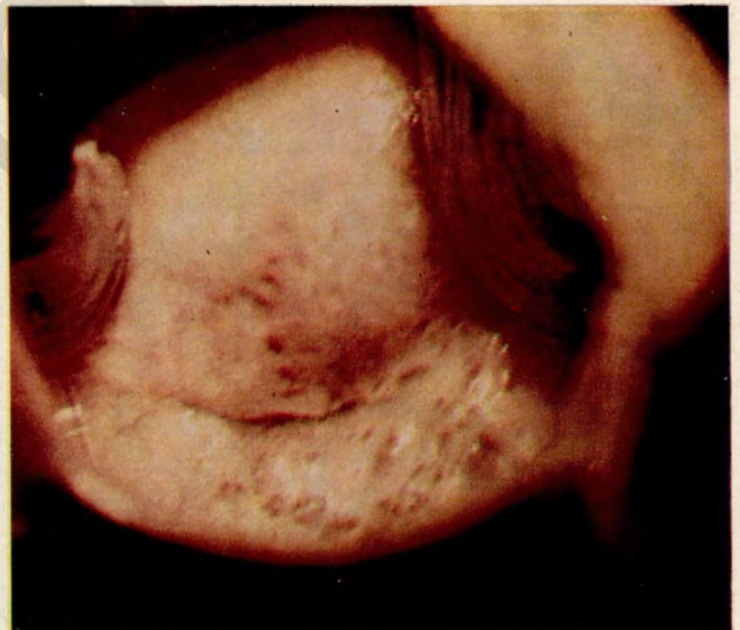


Рис. 28. Кольпотограмма. Зона превращения с открытыми секреторными железами.

Рис. 29. Кольпофотограмма. Эктопия и зона превращения с открытыми и закрытыми железами.

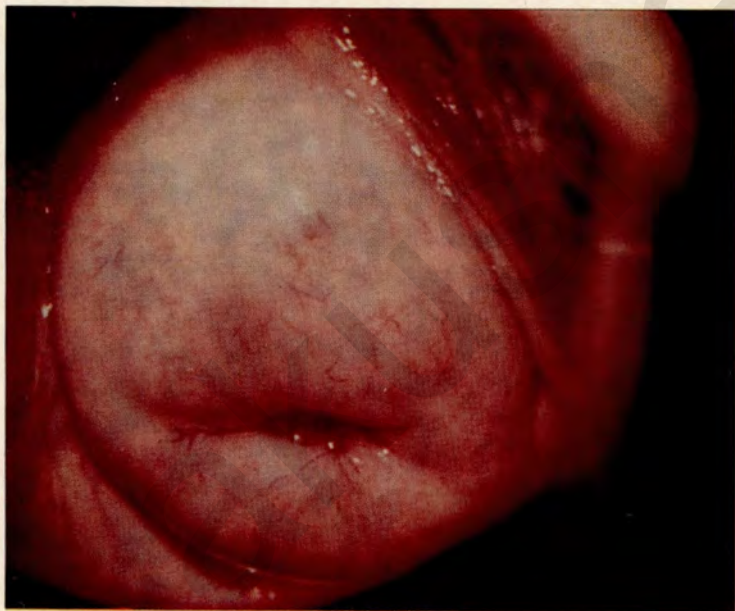


Рис. 30. Кольпофотограмма. Зона превращения с истончением плоскоэпителиального покрова, с нежной сетью древовидно ветвящихся субэпителиальных сосудов и несколькими закрытыми железами у наружного зева на задней губе.



Рис. 31. Кольпофотограмма. На задней губе зона превращения с крупными закрытыми железами, по поверхности которых растянуты субэпителиальные сосуды.

акusher-lib.ru

Рис. 32. Кольпотофограмма. Зона превращения. На задней губе гигантская закрытая железа — ретенционная киста с растянутыми по поверхности субэпителиальными сосудами.

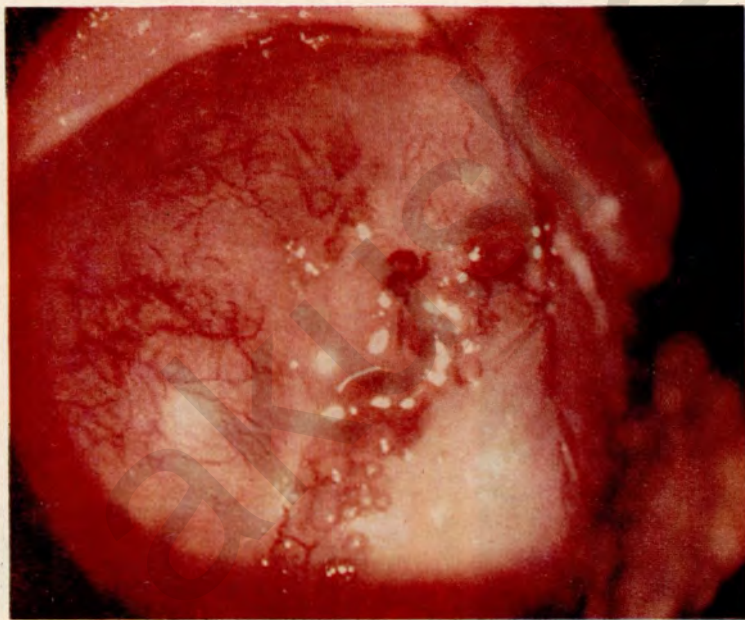


Рис. 33. Кольпотофограмма. Зона превращения с открытыми и закрытыми железами и разнокалиберными древовидно ветвящимися сосудами.

Рис. 34. Кольпофотограмма. Зона превращения, покрытая зрелым полноценным плоским эпителием, хорошо окрашивается раствором Люголя. Отдельные закрытые железы йоднегативны.

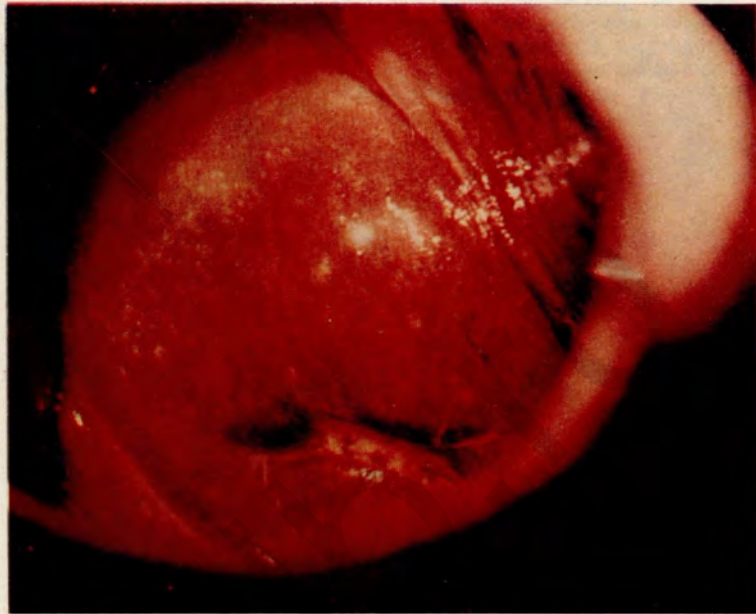


Рис. 35. Кольпофотограмма. Зона превращения с истончением эпителия, который не окрашивается раствором Люголя.

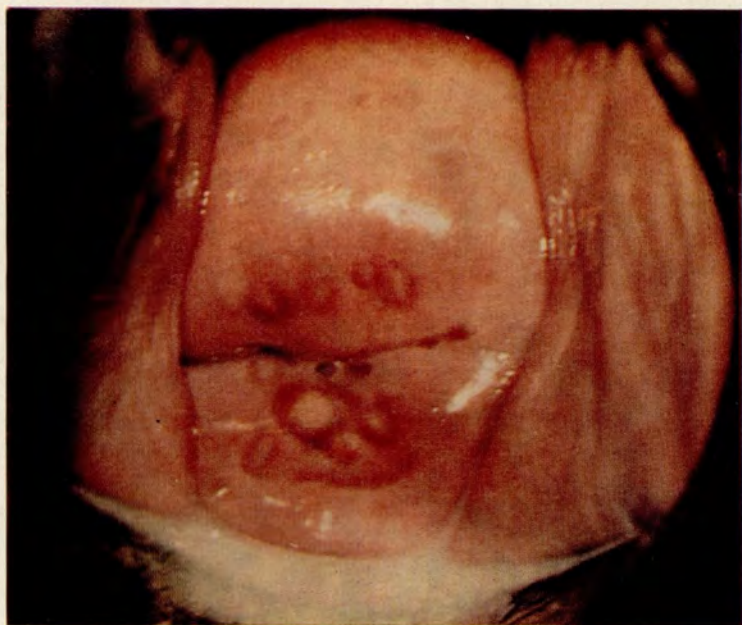


Рис. 36. Кольпофотограмма. Зона превращения с несколькими закрытыми железами на задней губе, неравномерно окрашенная раствором Люголя.

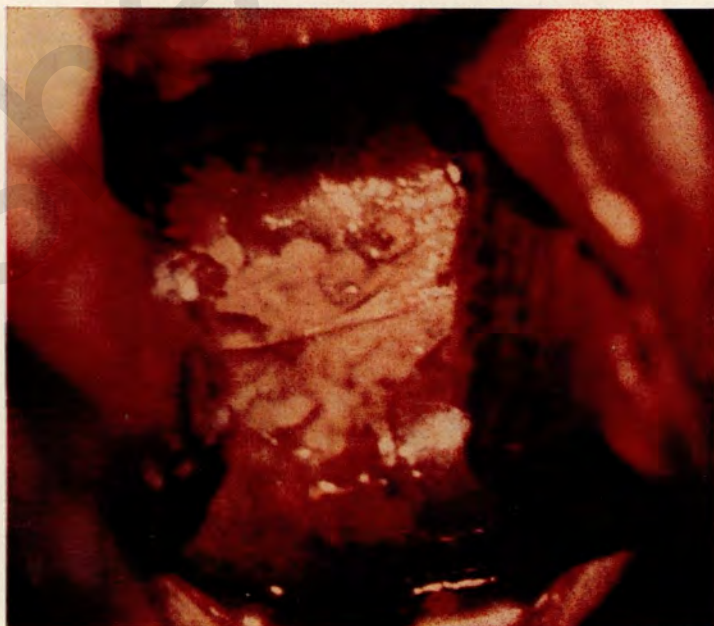


Рис. 37. Кольпофотограмма. При обработке раствором Люголя зона превращения окрашивается неравномерно. Островки эктопии, открытые железы и участки истончения плоского эпителия йоднегативны.



Рис. 38. Кольпофотограмма. Эктопия, а также зона превращения, покрытая незрелым истонченным плоским эпителием, не окрашиваются раствором Люголя.

акusher-lib.ru

Рис. 39. Кольпотограмма. Эктопия и зона превращения, покрытая незрелым плоским эпителием, раствором Люголя не окрашиваются.

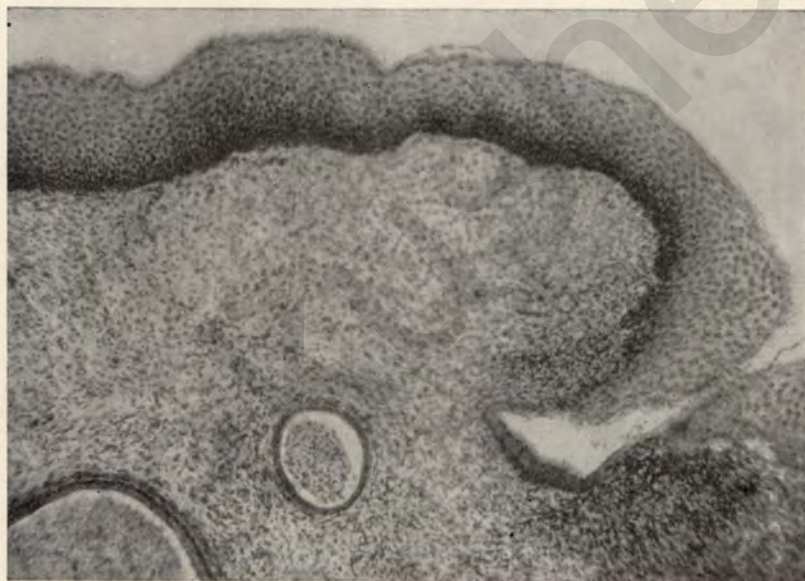
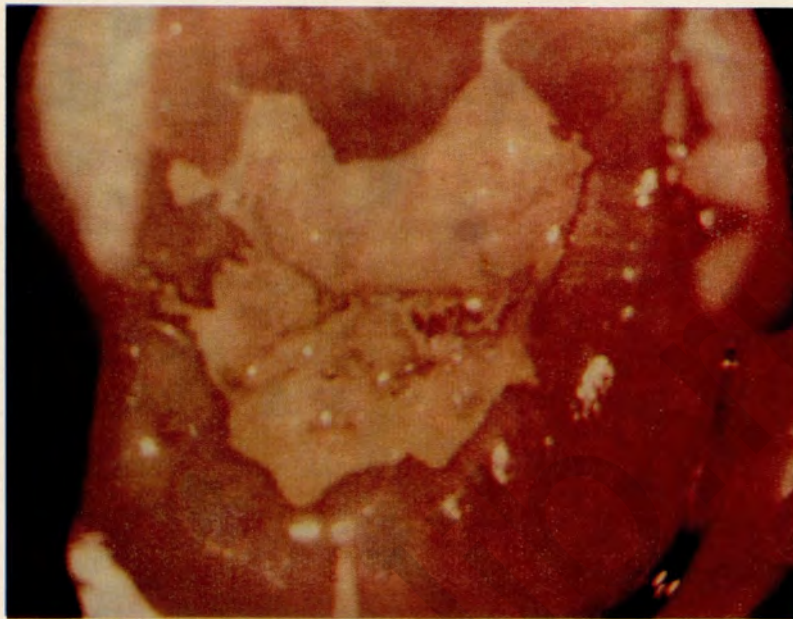


Рис. 40. Микрофотограмма. Эпидермизирующаяся псевдоэрозия влагалищной части шейки матки. Изменения соответствуют кольпоскопической картине зоны превращения. Происходит вытеснение цилиндрического эпителия из эрозивных желез многослойным плоским эпителием. В подлежащей ткани — ретенционные кисты, растянутые секретом. $\times 56$.



Рис. 41. Микрофотограмма. Эпидермизирующаяся псевдоэрозия с открытыми железами и многочисленными железистыми ходами. Изменения соответствуют кольпоскопической картине зоны превращения. $\times 80$.

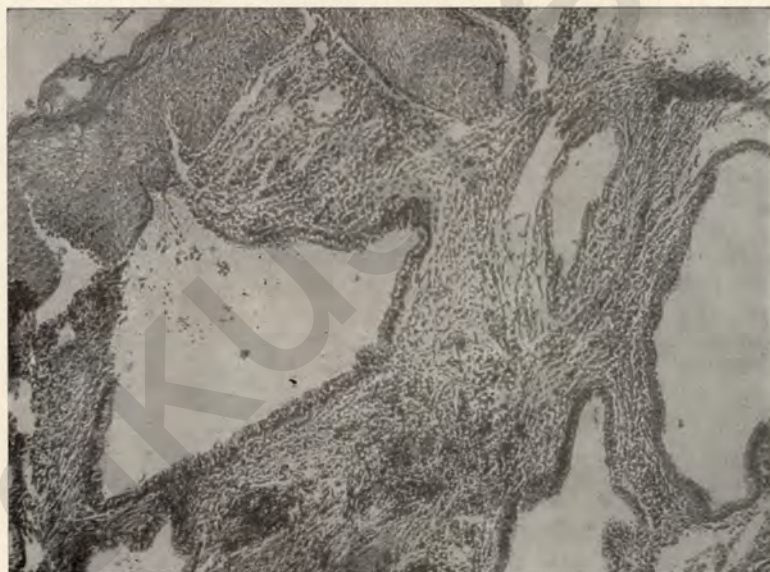


Рис. 42. Микрофотограмма. Эпидермизирующаяся эрозия влагалищной части шейки матки с ретенционными кистами в подлежащей ткани. (При кольпоскопии — зона превращения с закрытыми железами). $\times 80$.

Рис. 43. Кольпотофограмма. Железистый полип шеечного канала.

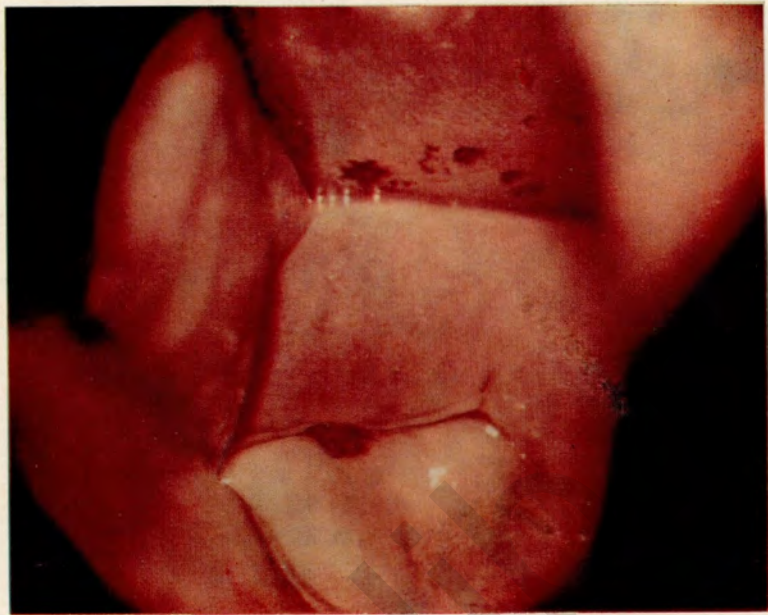


Рис. 44. Кольпотофограмма. Железистый полип шеечного канала. На задней губе открытые железы.

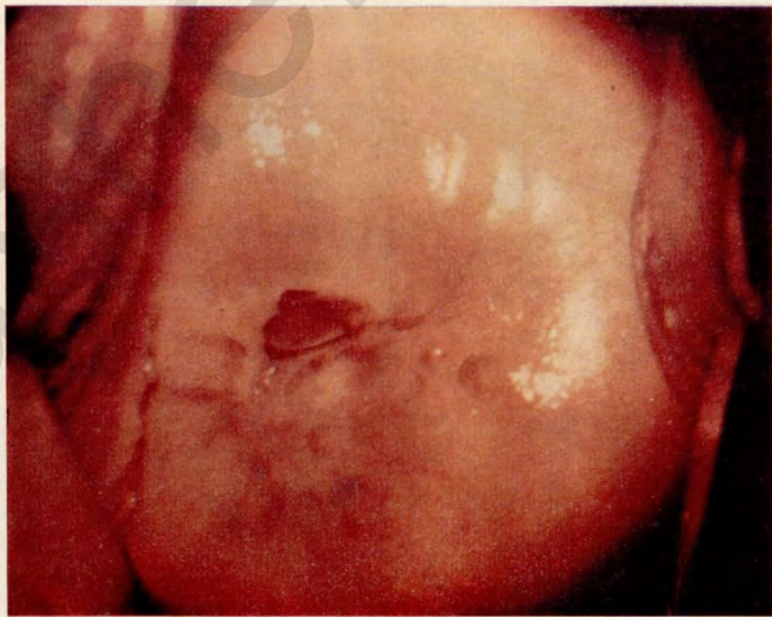




Рис. 45. Кольпофотограмма. На передней губе эктопия. В наружном зеве эпидермизирующий полип, покрытый белесым незрелым плоским эпителием с открытыми железами.

акusher-lib.ru

Рис. 46. Кольпотограмма. Родившийся фиброзный полип шеечного канала с нарушением кровообращения.

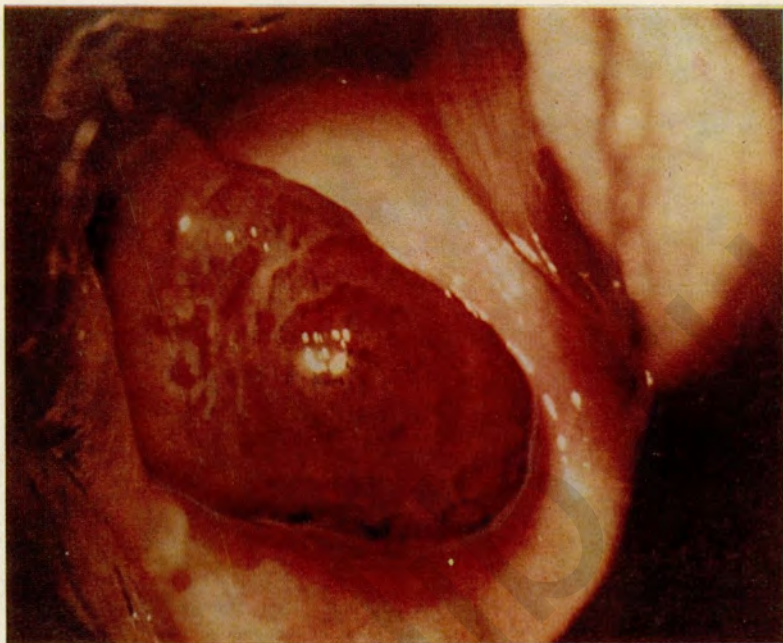


Рис. 47. Кольпотограмма. Железистый полип раствором Люголя не окрашивается.

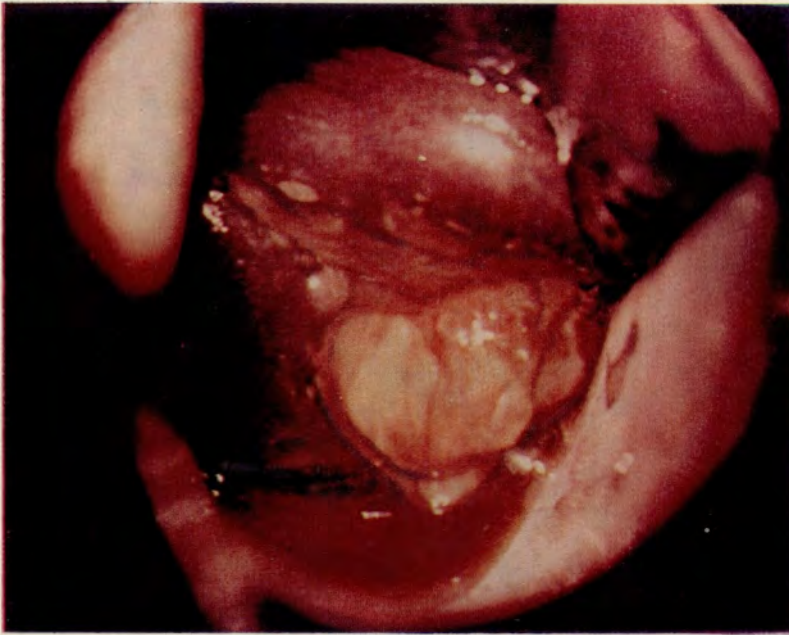


Рис. 48. Кольпотофотограмма. Эктопия, полип шеечного канала, покрытый незрелым истонченным плоским эпителием, не окрашиваются раствором Люголя.

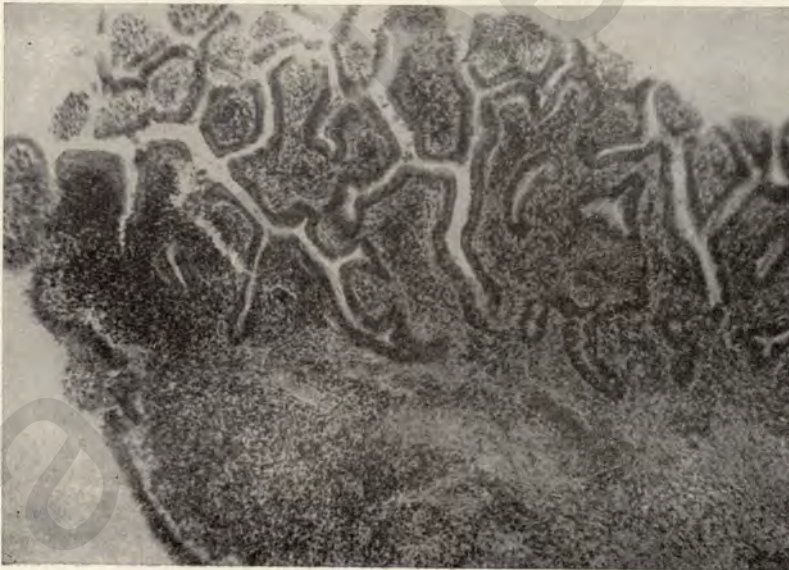


Рис. 49. Микрофотограмма. Железистый полип шеечного канала с выраженной воспалительной реакцией.
× 56.

Рис. 50. Кольпотограмма. Атрофия слизистой влагалищной части шейки матки с истончением плоскоэпителиального покрова.

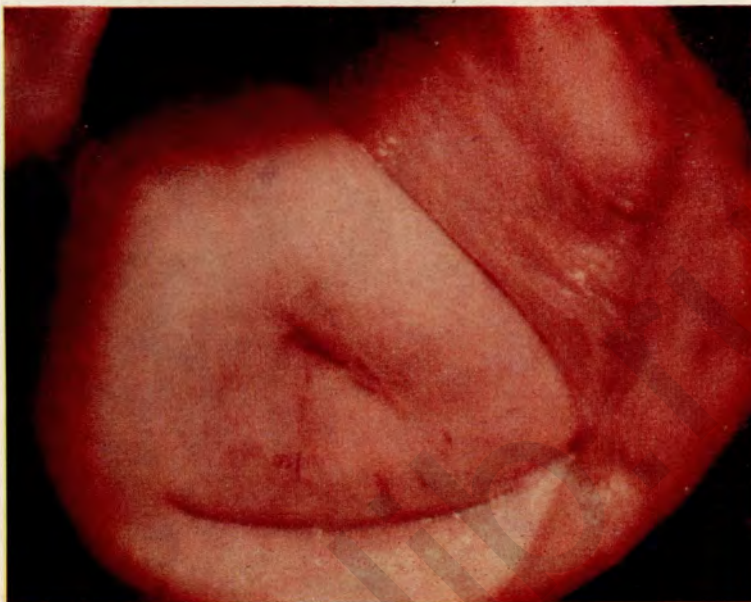


Рис. 51. Кольпотограмма. Атрофия слизистой влагалищной части шейки матки с выраженной сетью субэпителиальных сосудов.



Рис. 52. Кольпофотограмма. Атрофия слизистой влагалищной части шейки матки с выраженной сетью субэпителиальных сосудов.

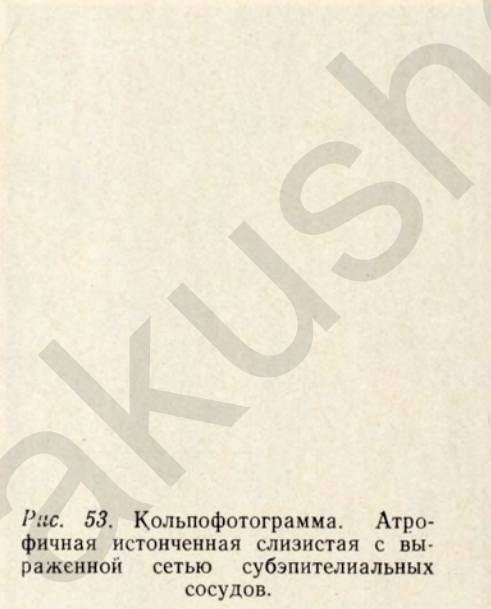


Рис. 53. Кольпофотограмма. Атрофичная истонченная слизистая с выраженной сетью субэпителиальных сосудов.



Рис. 54. Кольпофотограмма. Атрофичная слизистая. Цервицит.

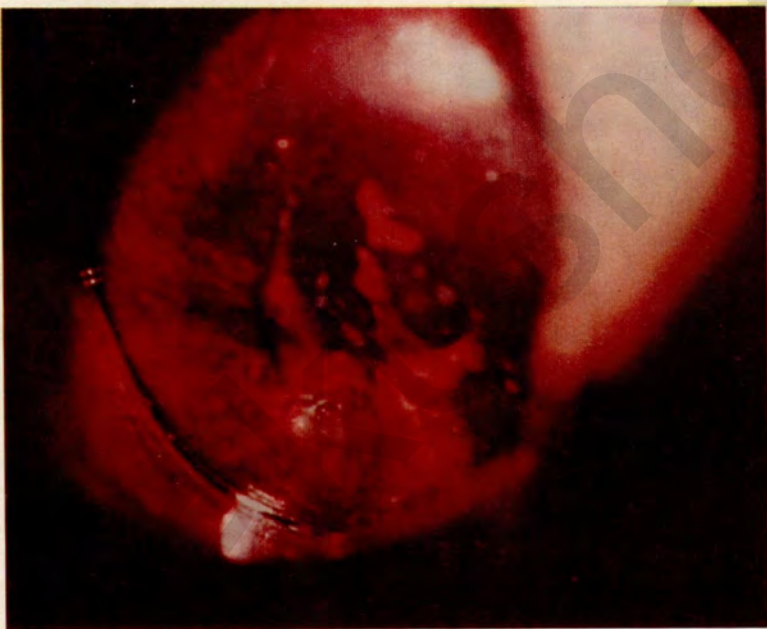
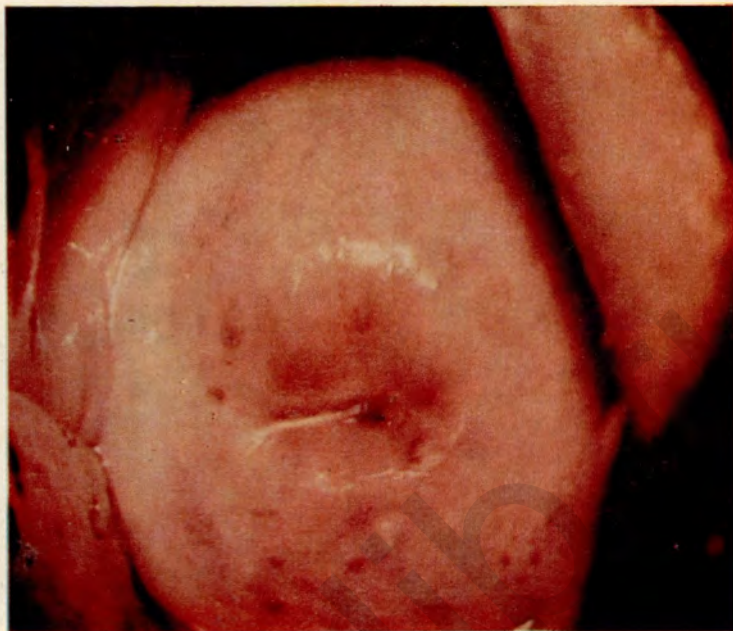


Рис. 55. Кольпофотограмма. При обработке раствором Люголя атрофическая слизистая окрашивается неравномерно из-за истончения плоского эпителия на отдельных участках.

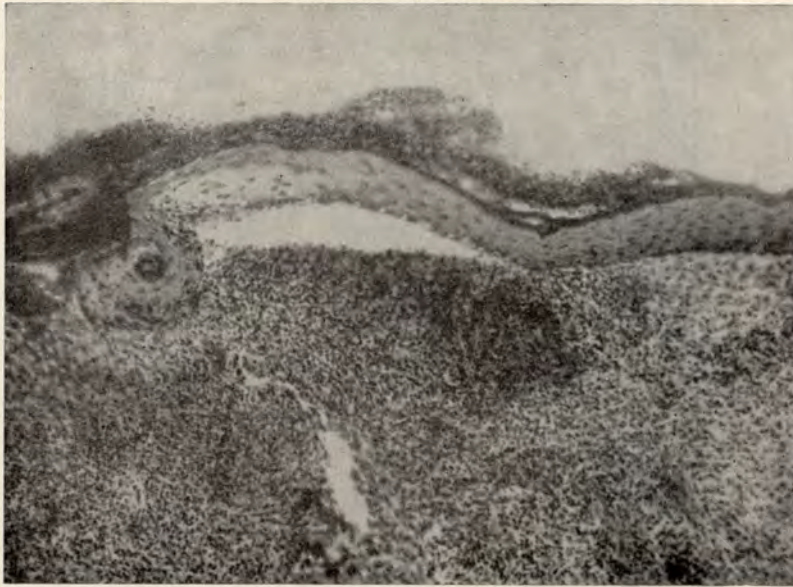


Рис. 56. Микрофотограмма. Атрофическая слизистая влагалищной части шейки матки с истончением многослойного плоского эпителия, который легко травмируется и отслаивается с образованием суб-эпителиальных кровоизлияний. $\times 80$.

Рис. 57. Кольпофотограмма.
Макулезный цервицит. Острая
стадия.

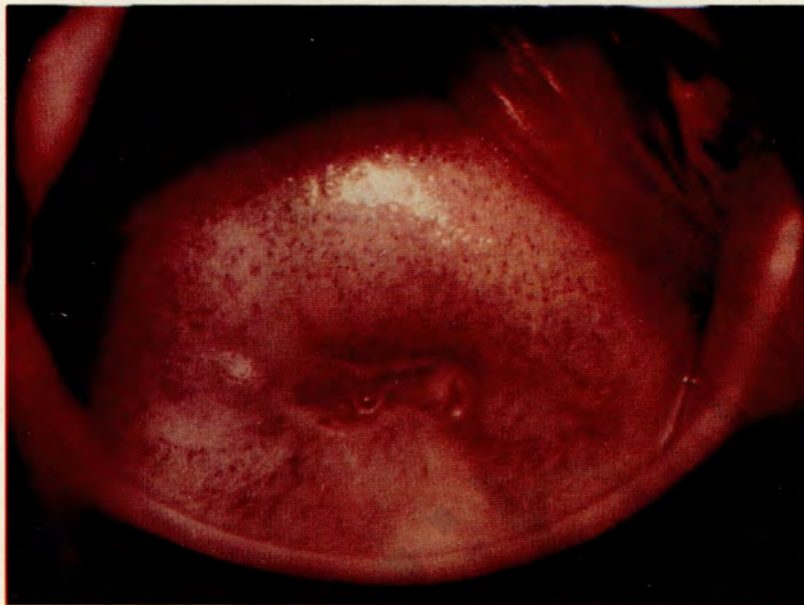


Рис. 58. Кольпофотограмма. Маку-
лезный цервицит в стадии обратного
развития.



Рис. 59. Кольпофотограмма. Хронический макулезный цервицит.



Рис. 60. Кольпофотограмма. Неравномерная окраска слизистой раствором Люголя при цервиците.

Рис. 61. Кольпофотограмма. На передней губе зона превращения с открытыми железами и островками эктопии. На задней губе — красные кровоточащие полоски расширенных сосудов после диатермокоагуляции эктопии.

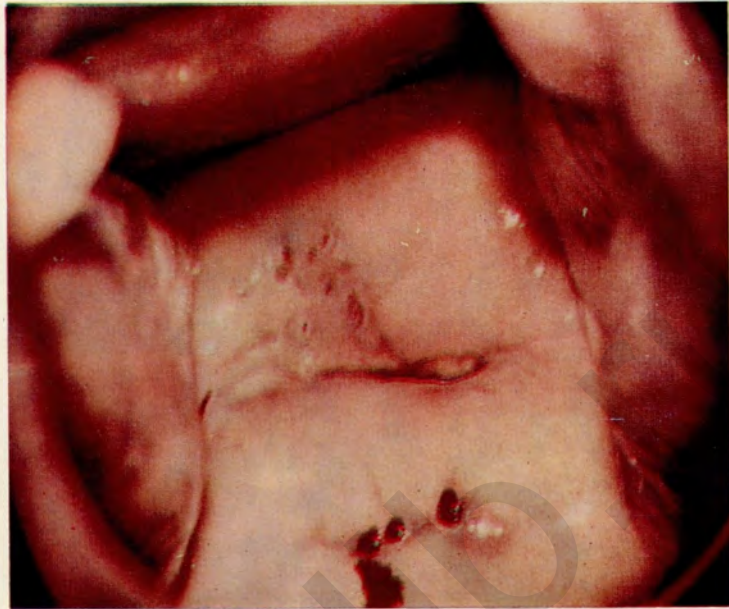


Рис. 62. Кольпофотограмма. Небольшой выворот передней губы шейки матки. На слизистой передней губы эндометриондные образования. На задней губе у наружного зева единичные открытые железы.



Рис. 63. Кольпофотограмма. При выпадении шейки матки возникают явления пахидермии слизистой: кожистый вид, белесый цвет.

акusher-lib.ru

**КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ
АТИПИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЕ
НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПРЕВРАЩЕНИЯ:**

Лейкоплакия

Папиллома

Простая и папиллярная основа лейкоплакии

Мозаичная лейкоплакия (образование полей)

Атипичная зона превращения

Рис. 64. Кольпофотограмма. Лейкоплакические наложения в виде блестящих различной плотности. Ороговевающий эпителий внедряется в просвет шеечного канала. На 12 часов — участки основы лейкоплакии.

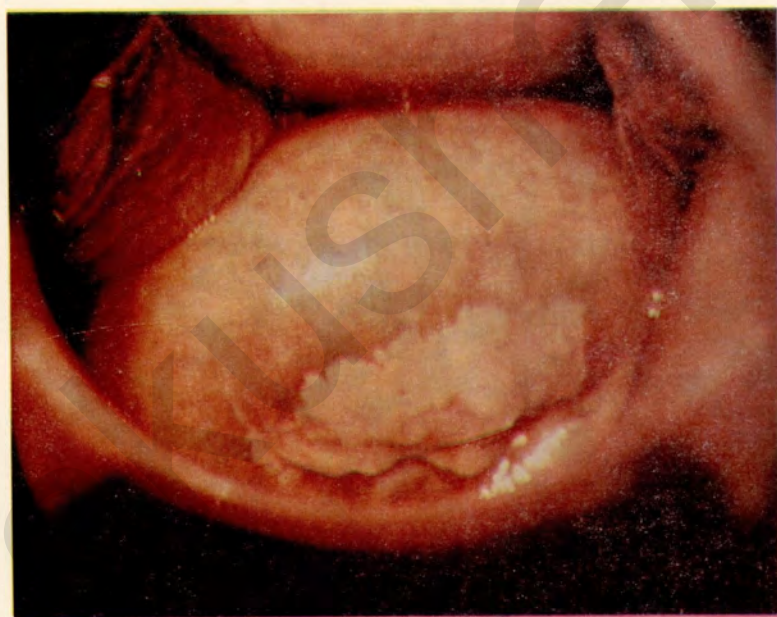
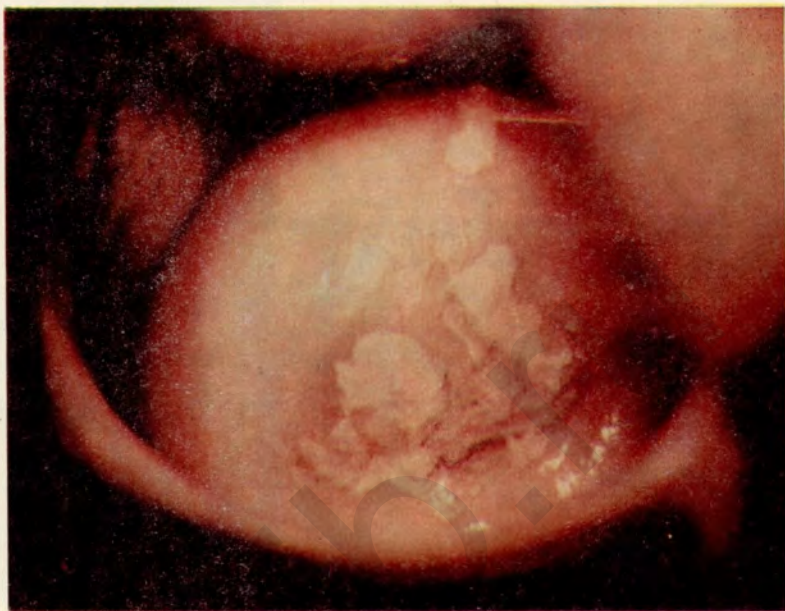


Рис. 65. Кольпофотограмма. Лейкоплакия при обработке раствором Люголя йоднегативна.

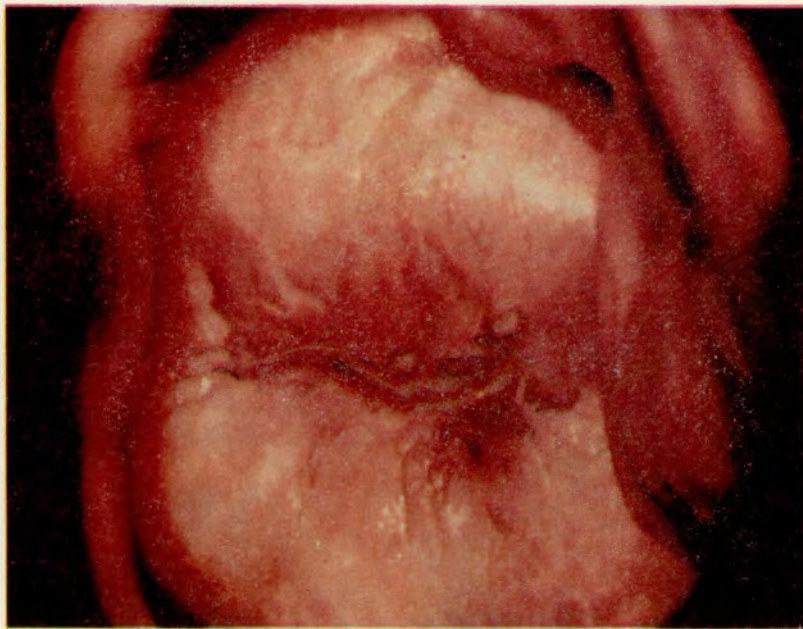


Рис. 66. Кольпофотограмма. Обширная лейкоплакия в виде тонкой пленки на передней и задней губе.

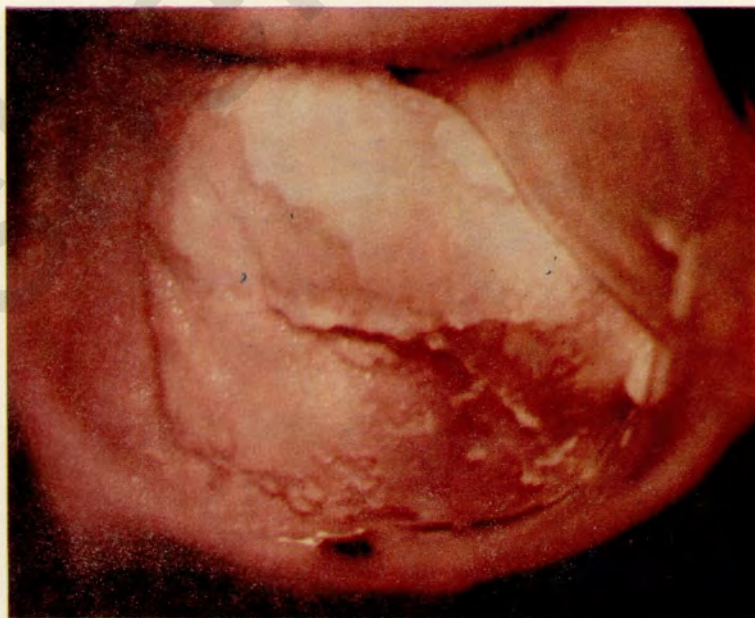


Рис. 67. Кольпофотограмма. Лейкоплакия шейки матки в виде пятен различной плотности.

Рис. 68. Кольпотограмма. Лейкоплакия в виде плотных бляшек на фоне неизменной слизистой. Из наружного зева выделяется слизь.

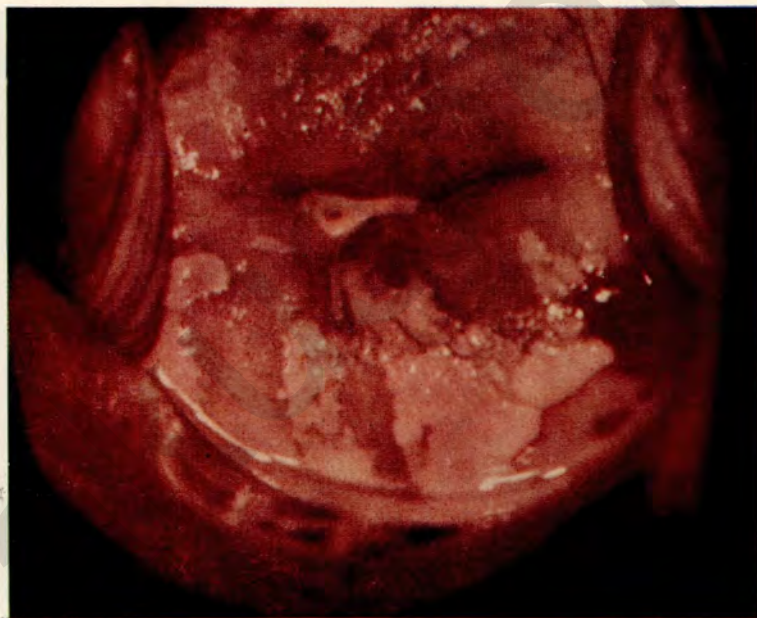
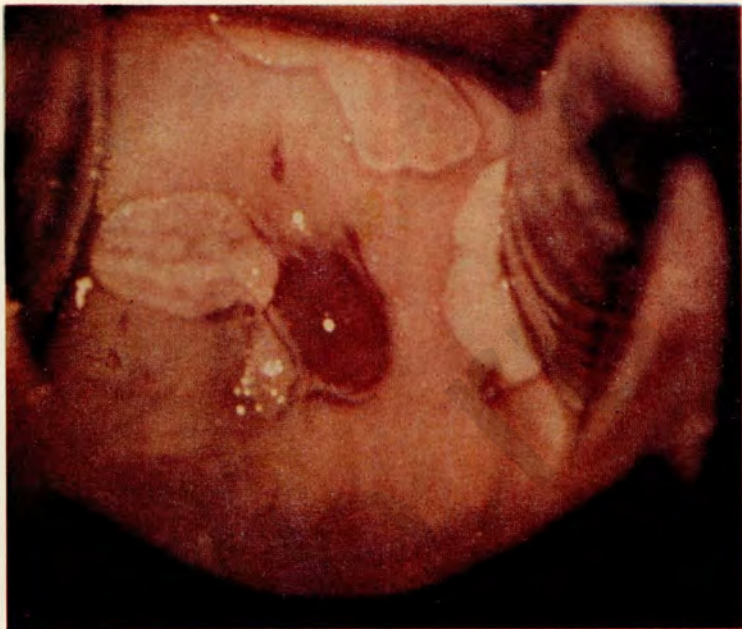


Рис. 69. Кольпотограмма. Лейкоплакия в виде бляшек различной плотности на фоне диффузно гиперемированной, местами истонченной слизистой шейки матки.



Рис. 70. Кольпотофотограмма. Лейкоплакия в виде плотной бляшки. Толщу рога прободают устья открытых желез. При гистологическом исследовании: внутриэпителиальный рак.



Рис. 71. Кольпотофотограмма. Папилломатозная лейкоплакия в виде бородавчатых разрастаний.

Рис. 72. Кольпотограмма. Обширная ороговевающая папиллома.

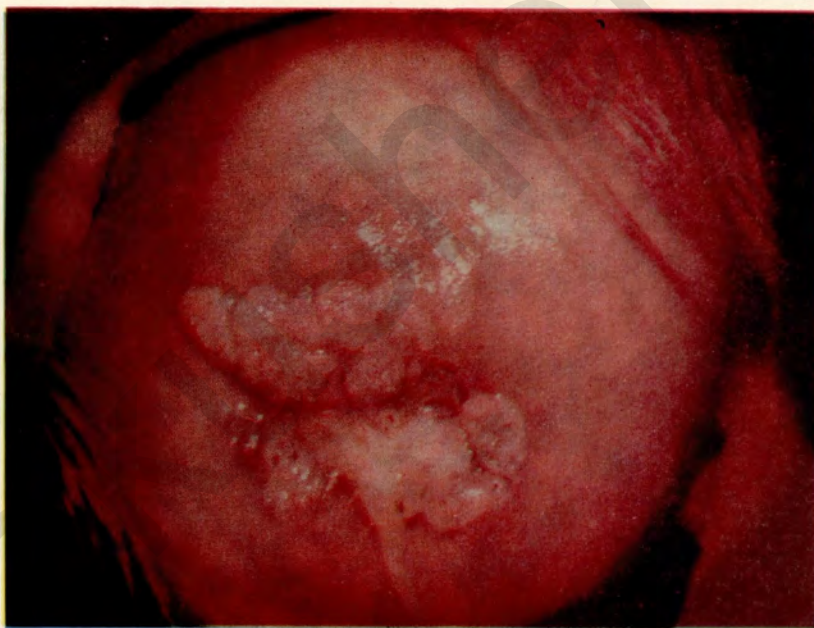


Рис. 73. Кольпотограмма. Ороговевающая папиллома.

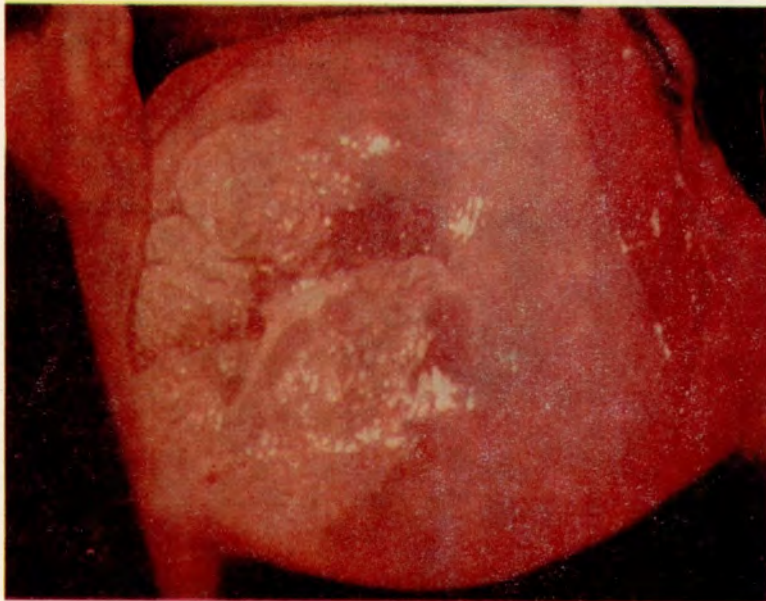


Рис. 74. Кольпофотограмма. Ороговевающая папиллома в виде отдельных долек.

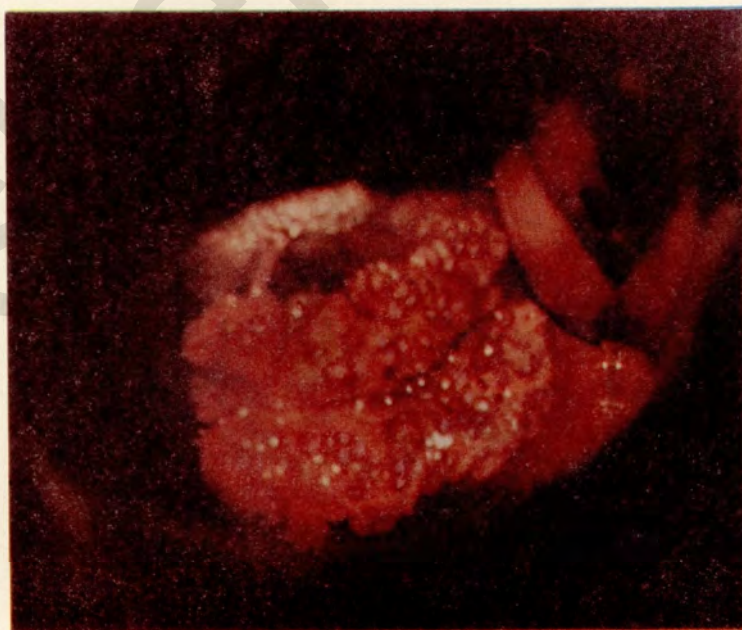


Рис. 75. Кольпофотограмма. Ороговевающая папиллома не окрашивается раствором Люголя.

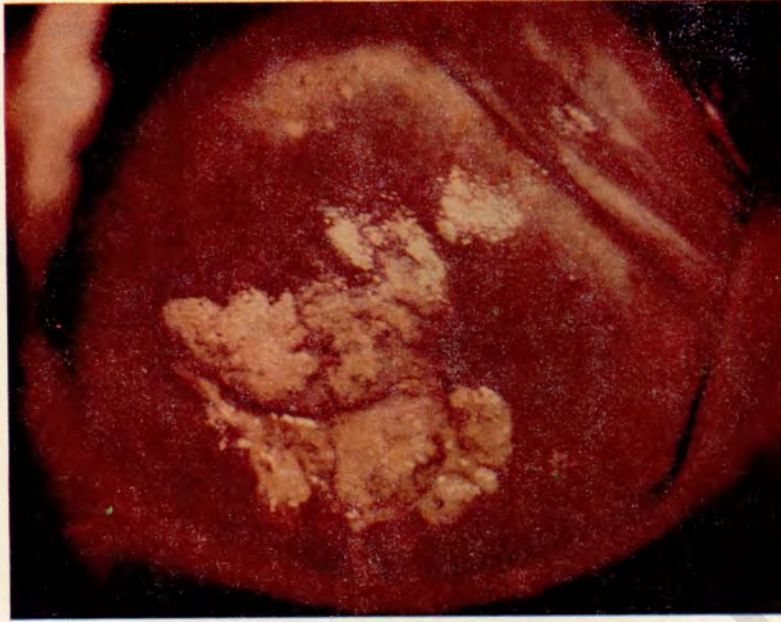


Рис. 76. Кольпотограмма. При обработке раствором Люголя ороговевающая папиллома йоднегативна.

Рис. 77. Кольпотофограмма. Атипичная зона превращения с участками лейкоплакии, простой и папиллярной основы лейкоплакии и образованием полей. Гистологическое исследование: на влагалищной части шейки матки внутриэпителиальный рак, в шеечном канале начало инвазивного рака.

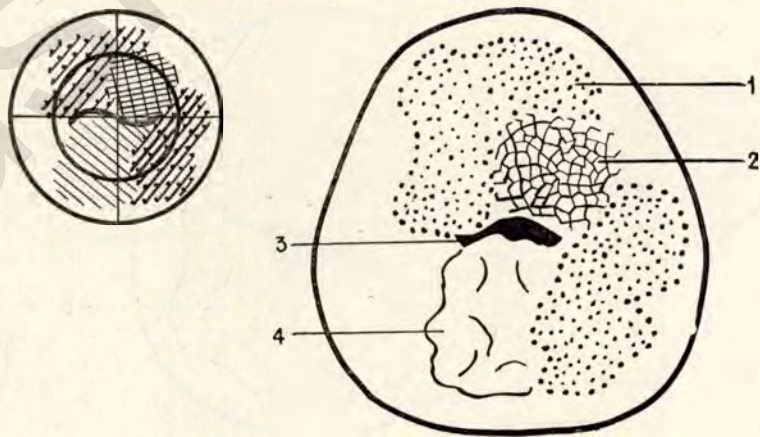


Рис. 78. Схематическое изображение к кольпотофограмме: 1 — основа лейкоплакии; 2 — образование полей; 3 — наружный зев; 4 — шероховатая поверхность лейкоплакии.

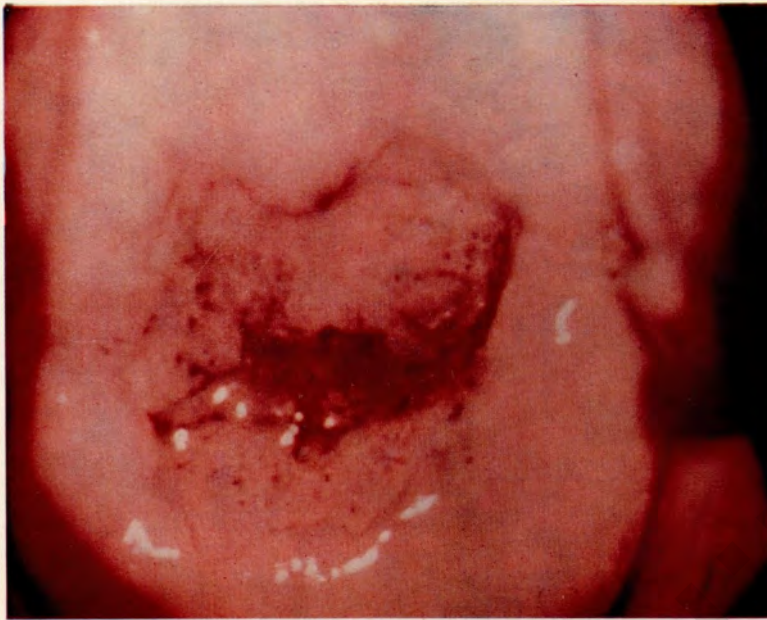


Рис. 79. Кольцофотограмма. На передней и задней губе тонкий белесый слой лейкоплакии с устьями открытых желез.

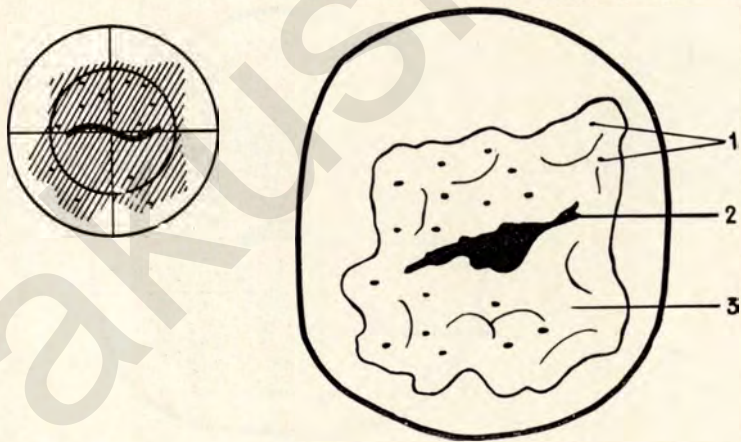


Рис. 80. Схематическое изображение к кольцофотограмме: 1 — устья желез; 2 — наружный зев; 3 — шероховатая поверхность лейкоплакии.

Рис. 81. Кольпофотограмма. Значительные участки простой основы лейкоплакии в виде нежного налета, главным образом на задней губе.

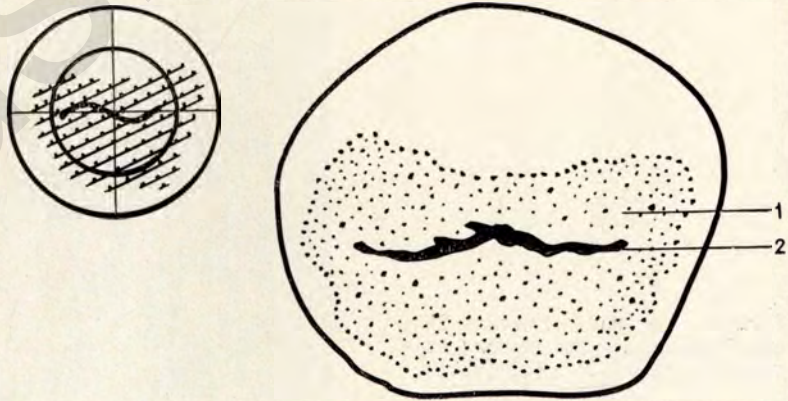
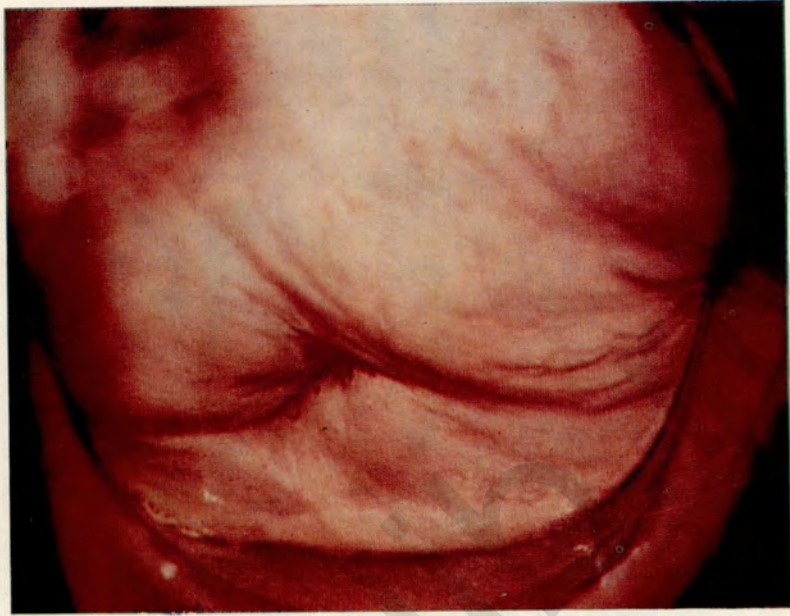


Рис. 82. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — основа лейкоплакии; 2 — наружный зев.

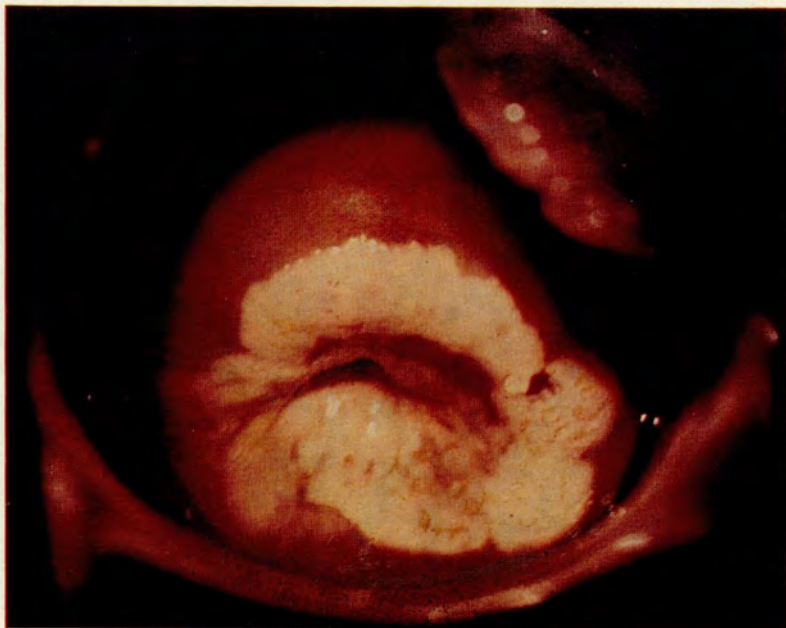


Рис. 83. Кольпофотограмма. При обработке раствором Люголя атипическая зона превращения йоднегативна.

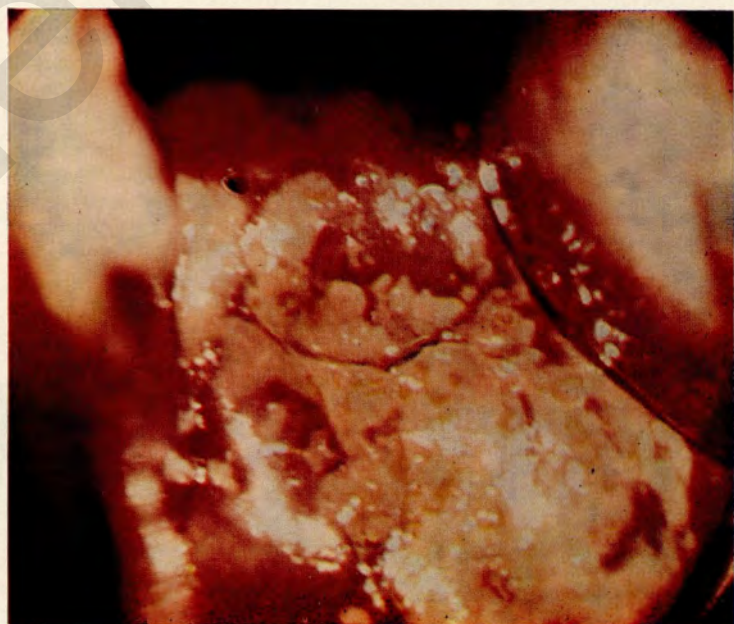


Рис. 84. Кольпофотограмма. При обработке раствором Люголя атипический эпителий йодотрицателен.

Рис. 85. Кольпофотограмма. Атиплическая зона превращения с ороговением плоского эпителия йоднегативна.

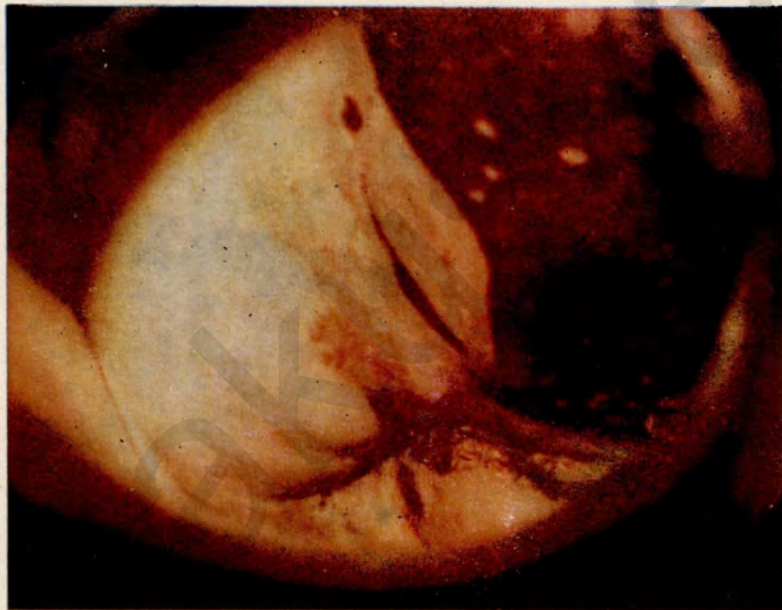
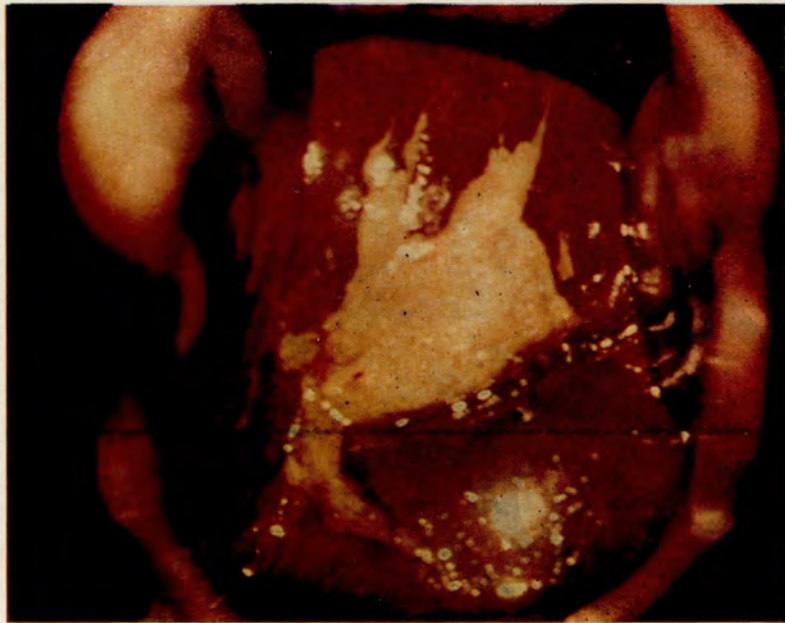


Рис. 86. Кольпофотограмма. На передней и задней губе обширные белые йоднегативные участки.

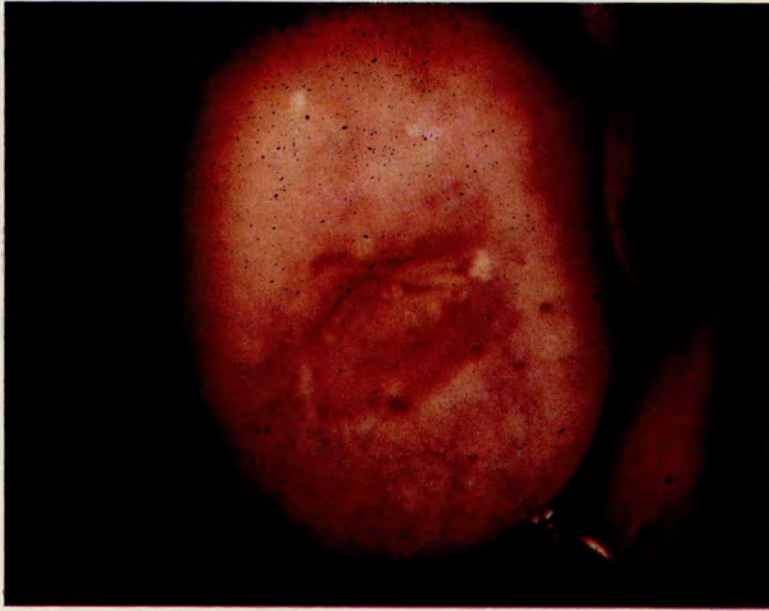


Рис. 87. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения с ороговением желез и образованием полей на задней губе.

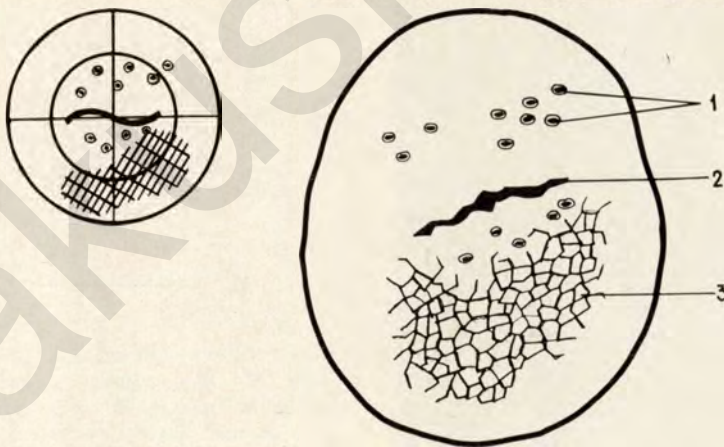


Рис. 88. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — открытые ороговевающие железы; 2 — наружный зев; 3 — образование полей.

Рис. 89. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения с образованием полей на задней губе.

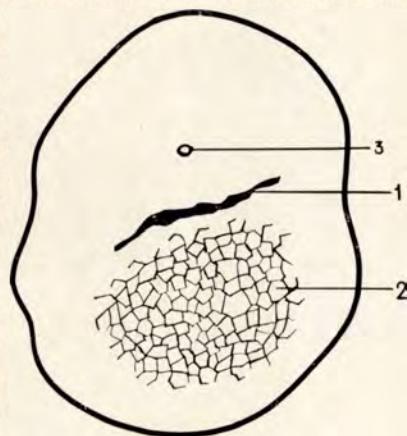
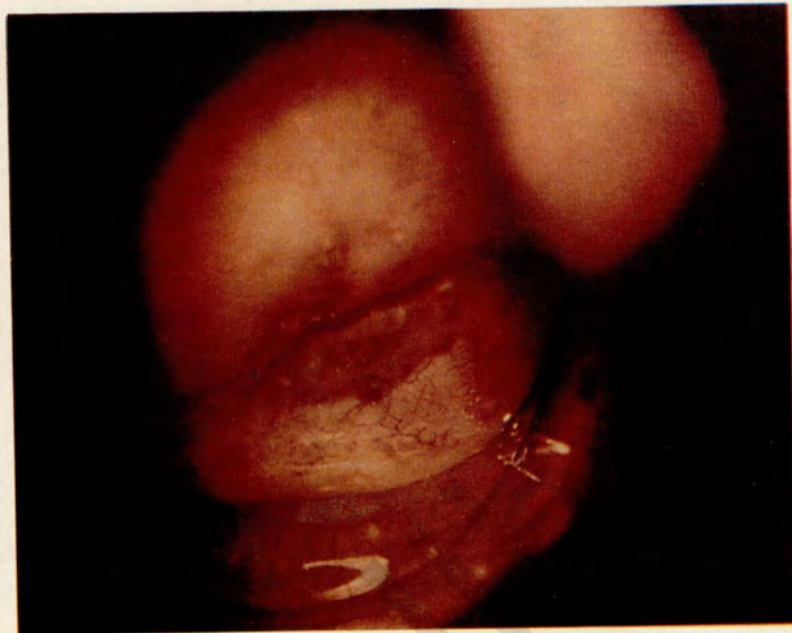


Рис. 90. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — наружный зев; 2 — образование полей; 3 — закрытая железа.



Рис. 91. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения с ороговевшим желез и образованием полей на передней губе.

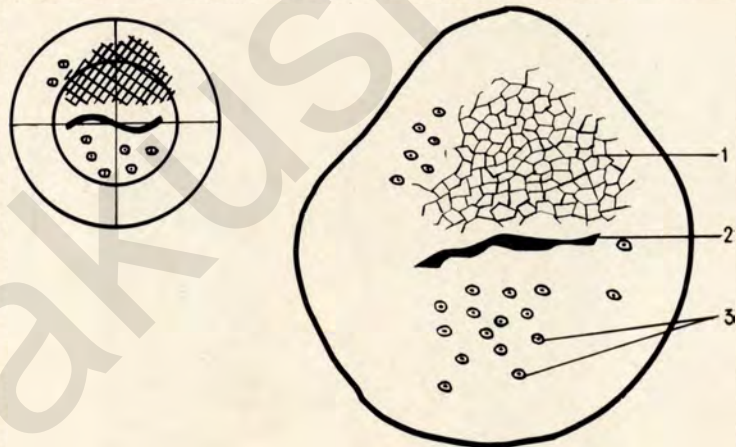


Рис. 92. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — образование полей; 2 — наружный зев; 3 — ороговевшие железы.

Рис. 93. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения. На задней губе лейкоплакические бляшки. На 2—4 часа участки папиллярной основы лейкоплакии. Вокруг наружного зева ороговевающие железы.

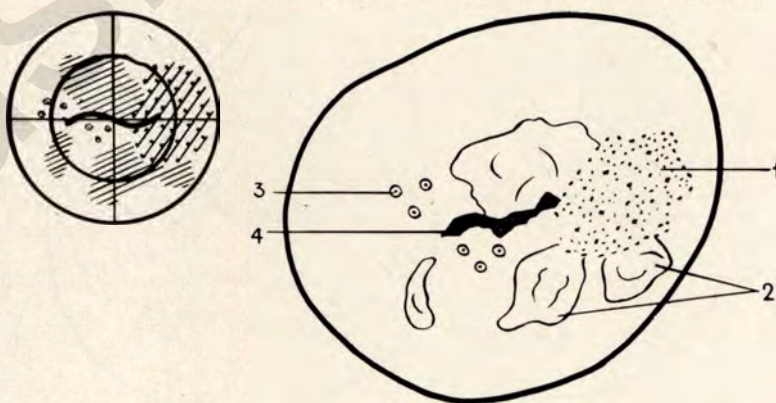
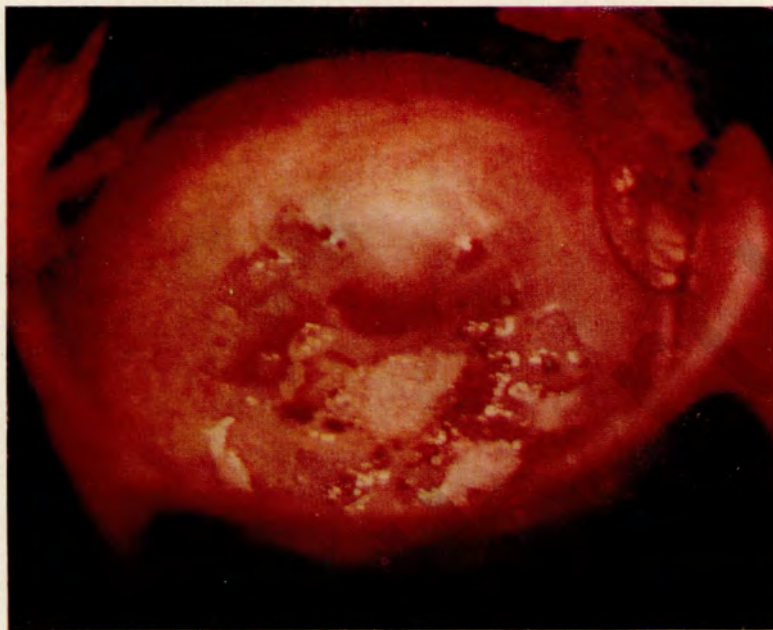


Рис. 94. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — папиллярная основа лейкоплакии; 2 — участки лейкоплакии; 3 — ороговевающие железы; 4 — наружный зев.

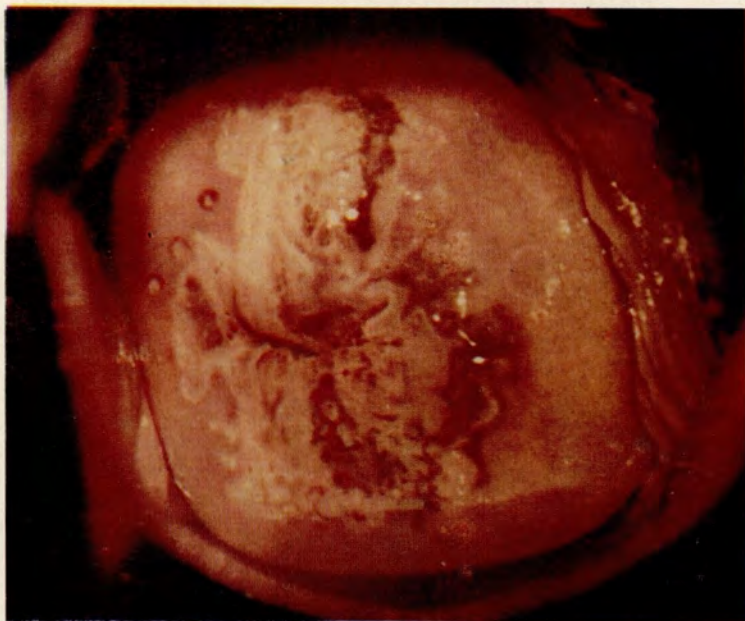


Рис. 95. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения с участками лейкоплакии, многочисленными открытыми ороговевающими железами.

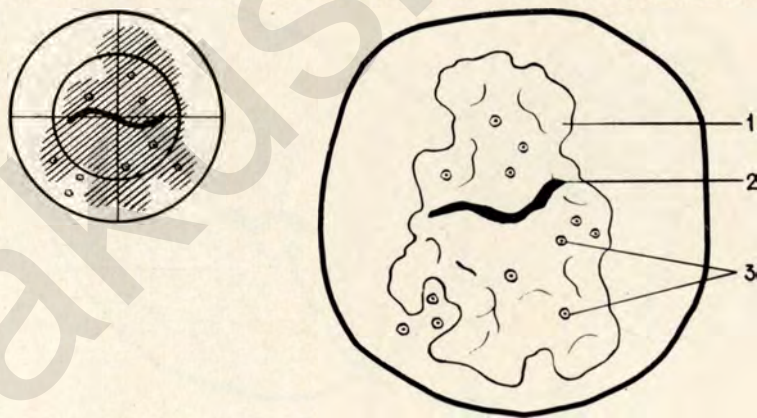


Рис. 96. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — лейкоплакия; 2 — наружный зев; 3 — ороговевающие железы.

Рис. 97. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения белесоватого цвета (лейкоплакия) с множеством открытых ороговевающих желез.

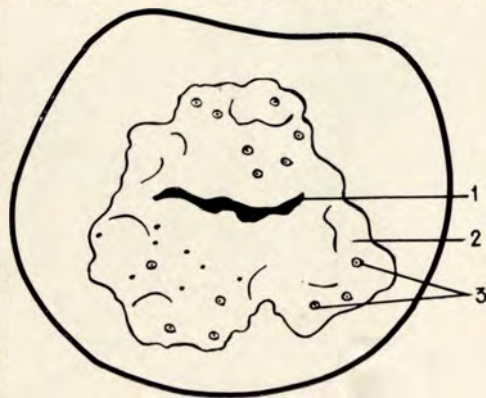
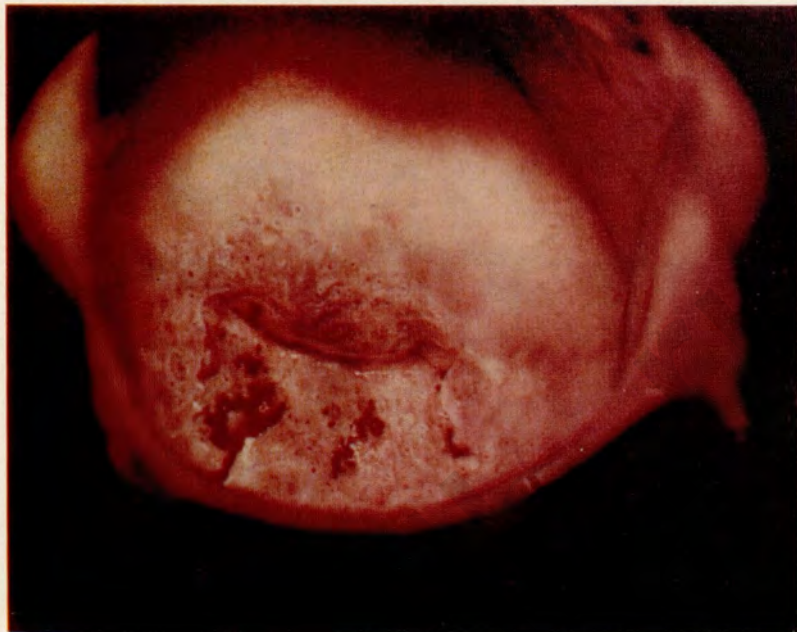


Рис. 98. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — наружный зев; 2 — шероховатая поверхность лейкоплакии; 3 — ороговевающие железы.

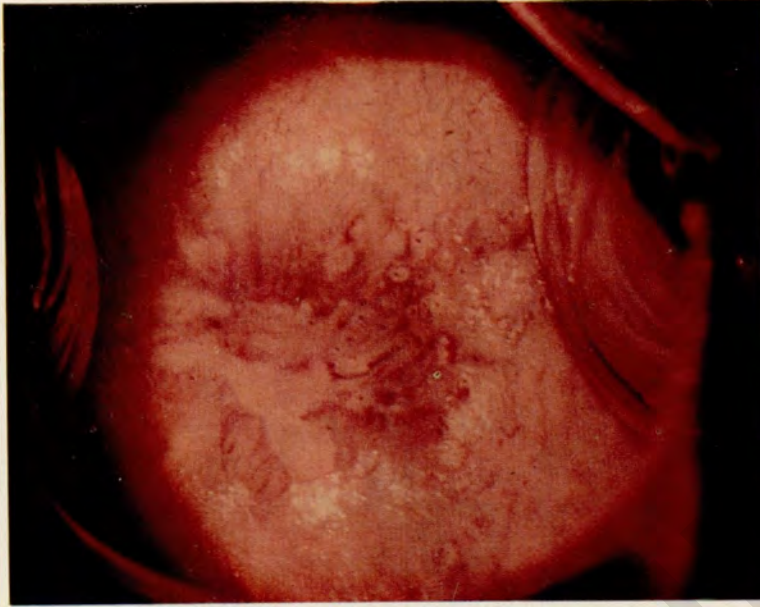


Рис. 99. Кольпофотограмма. Атипическая зона превращения с участками лейкоплакии, образованием полей и ороговением желез. Гистологическое исследование: начало инвазивного рака.

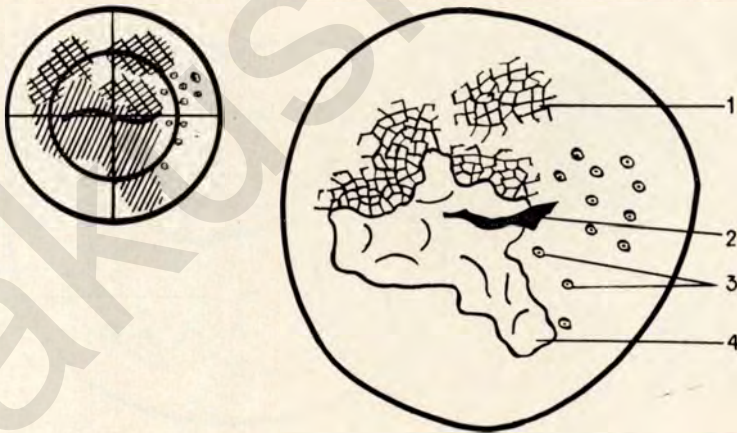


Рис. 100. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — образование полей; 2 — наружный зев; 3 — ороговевающие железы; 4 — шероховатая поверхность лейкоплакии.

Рис. 101. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения с участками лейкоплакии, основы лейкоплакии, началом образования полей и ороговением желез. Гистологическое исследование: начало инвазивного рака.

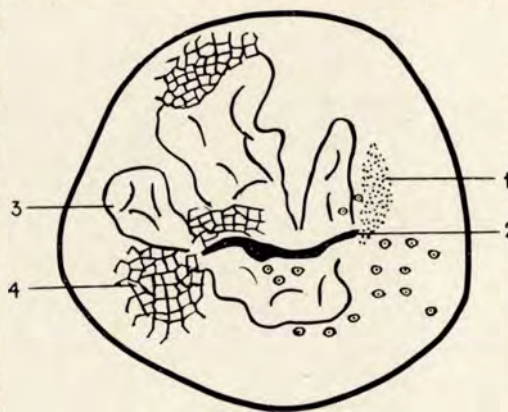
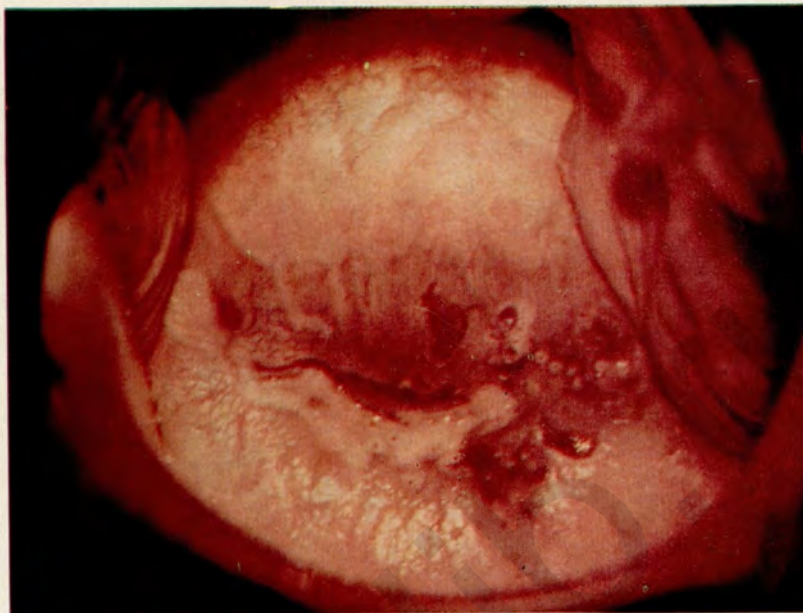


Рис. 102. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — основа лейкоплакии; 2 — наружный зев; 3 — лейкоплакия; 4 — образование полей.

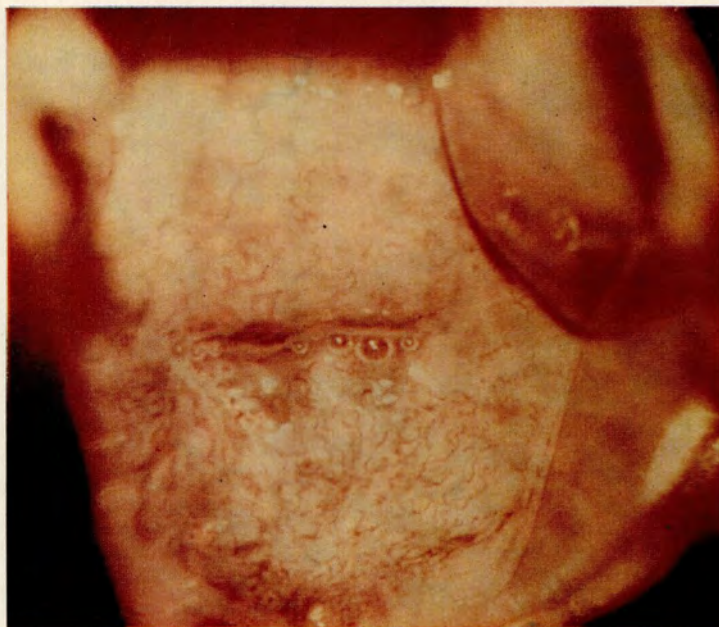


Рис. 103. Кольпофотограмма. Атипичная зона превращения. На задней губе значительный участок белесого выбухающего эпителия с многочисленными извитыми атипичными сосудами.

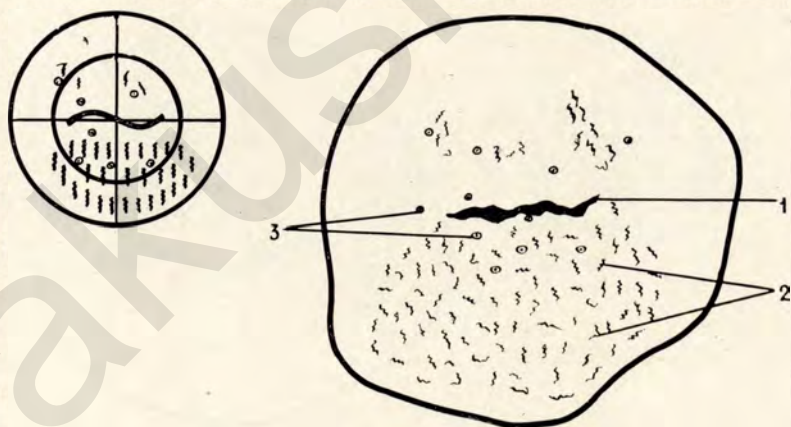


Рис. 104. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — наружный зев; 2 — атипичные сосуды; 3 — ороговевающие железы.

Рис. 105. Микрофотограмма. Лейкоплакия с неравномерным утолщением эпителия, полным ороговением и выраженным акантозом.
×80.

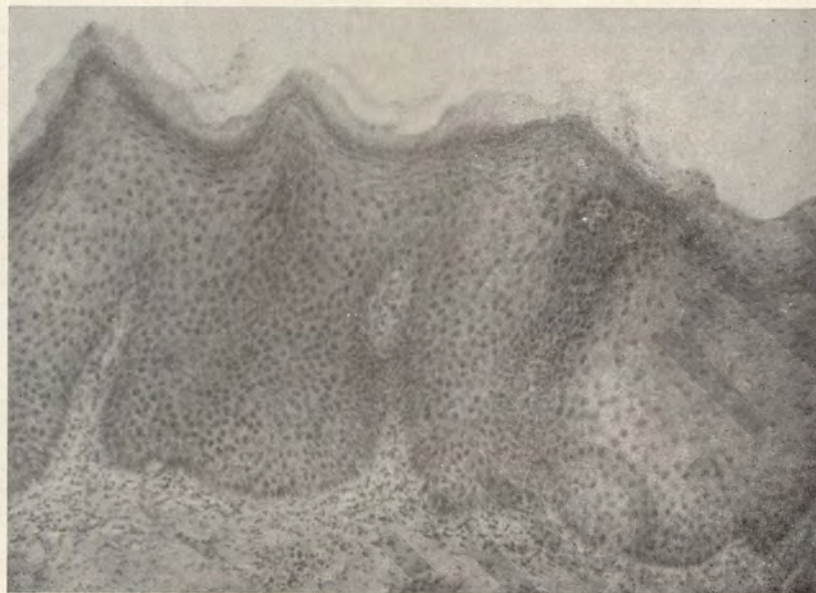


Рис. 106. Микрофотограмма. Папиллома влагалищной части шейки матки с ороговением. ×17,5.

Рис. 107. Микрофотограмма. Лейкоплакия без атипии и пролиферации базального слоя с выраженным акантозом и сосочковой поверхностью. $\times 40$.

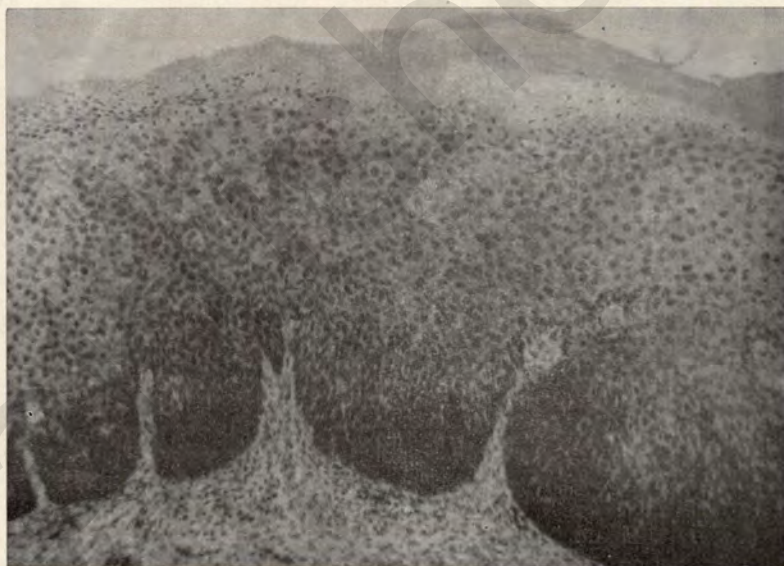


Рис. 108. Микрофотограмма. Лейкоплакия с пролиферацией клеток базального слоя без атипии их. $\times 56$.

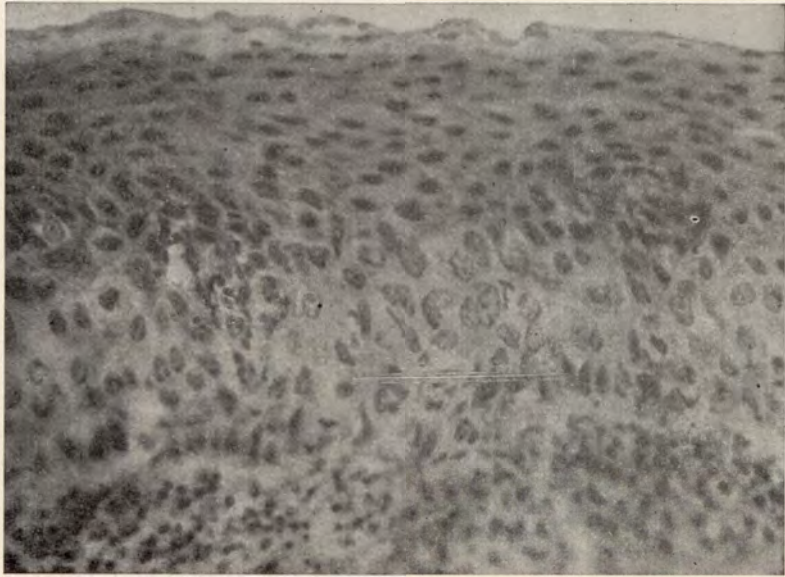


Рис. 109. Микрофотограмма. Лейкоплакия с пролиферацией и атипией клеток базального слоя.
× 200.

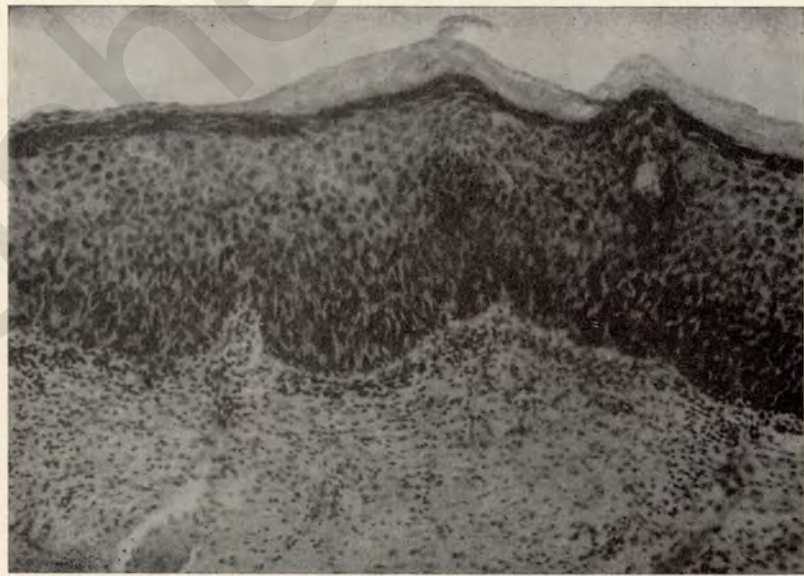


Рис. 110. Микрофотограмма. Внутриэпителиальный рак на фоне лейкоплакии. × 80.

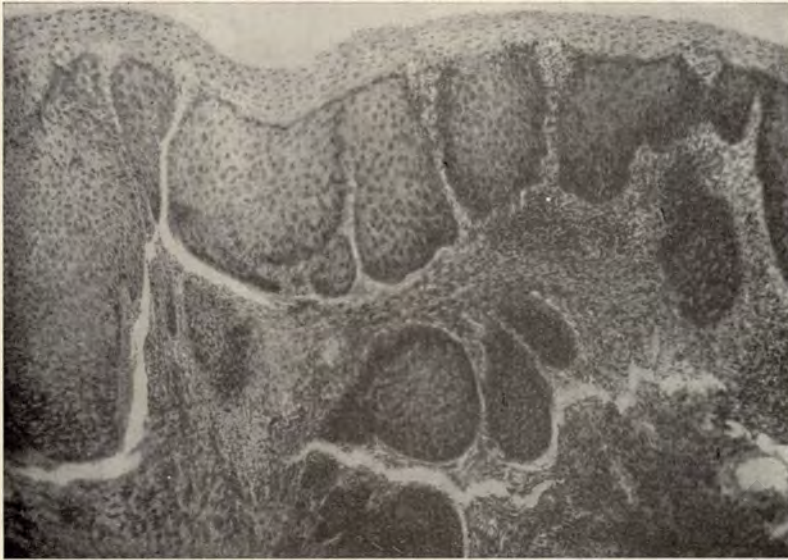


Рис. 111. Микрофотограмма. Инвазивный плоскоклеточный рак на фоне лейкоплакии. $\times 40$.

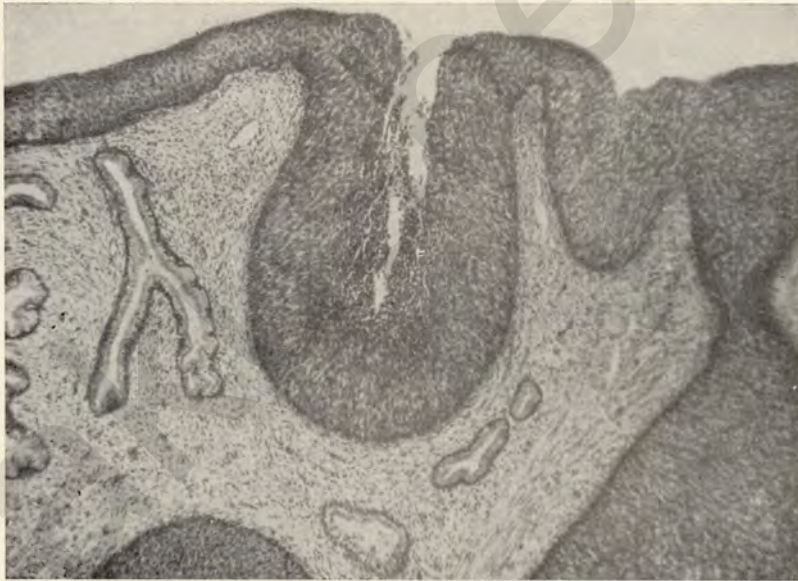


Рис. 112. Микрофотограмма. Внутриэпителиальный рак с массивным вращанием в эрозивные железы и началом инвазивного роста. При кольпоскопии — атипическая зона превращения с ороговением желез. $\times 40$.

Рис. 113. Микрофотограмма. Внутриэпителиальный рак с множественным врастанием в эрозивные железы и началом инвазии. При кольпоскопии — атипичная зона превращения с ороговением желез. $\times 56$.

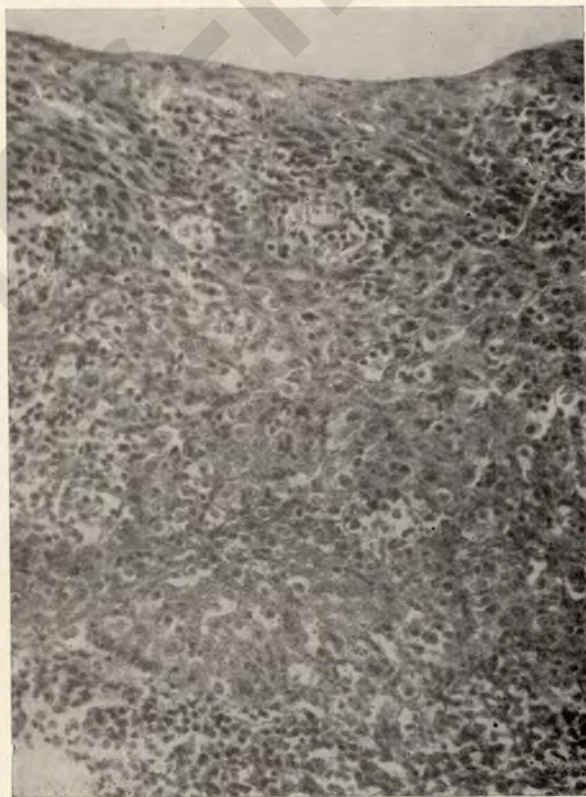
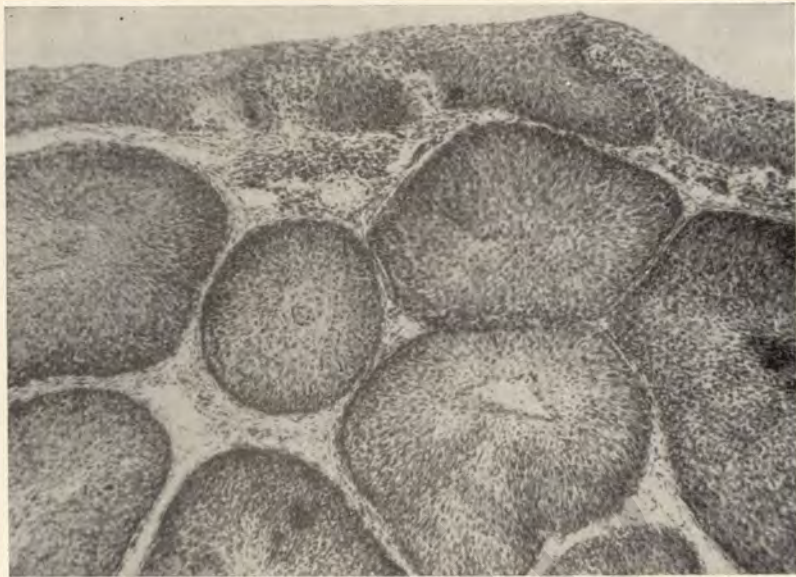


Рис. 114. Микрофотограмма. Начало инвазивного рака. При кольпоскопии — папиллярная основа лейкоплакии. $\times 140$.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

akusher-lib.ru



Рис. 115. Кольпофотограмма. На передней губе выбухающие участки папиллярной основы лейкоплакии с атипией сосудов. Гистологическое исследование: начало инвазивного рака.

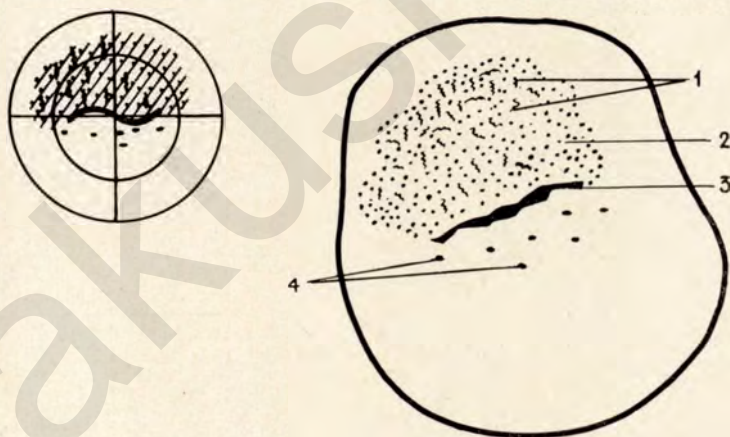


Рис. 116. Схематическое изображение к кольпофотограмме: 1 — атипичные сосуды; 2 — папиллярная основа лейкоплакии; 3 — наружный зев; 4 — открытые железы.

Рис. 117. Кольпотофограмма. На передней и задней губе выбухающие кровотокащие участки папиллярной основы лейкоплакии с атипией сосудов. Гистологическое исследование: начало инвазивного рака.

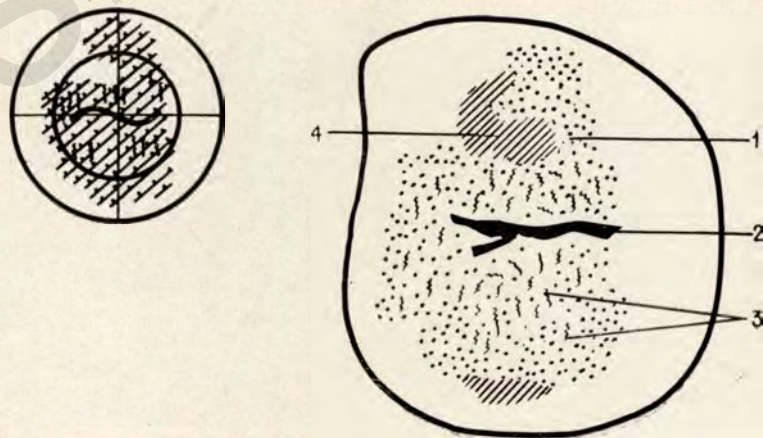
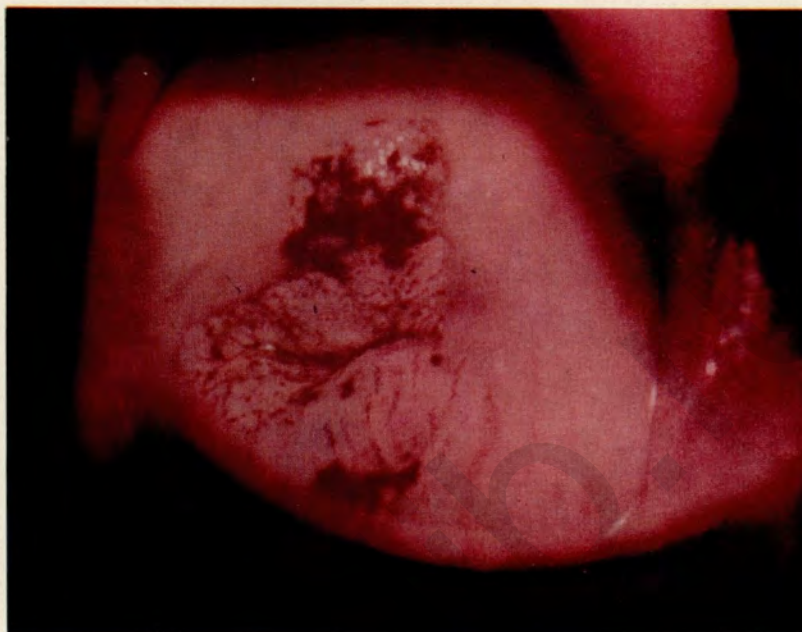


Рис. 118. Схематическое изображение к кольпотофограмме: 1 — папиллярная основа лейкоплакии; 2 — наружный зев; 3 — атипичные сосуды; 4 — кровотокащие участки.

Рис. 119. Кольпотограмма. Экзофитная форма рака шейки матки.



Рис. 120. Микрофотограмма. Начало инвазивного рака: атипичный эпителий пронизывает соединительную ткань с погружением и отшнуровыванием отдельных комплексов. При кольпоскопии — основа лейкоплакии с атипией сосудов. $\times 80$.



Рис. 121. Микрофотограмма. На фоне внутриэпителиального рака начало инвазивного роста. При кольпоскопии — образование полей. $\times 48$.

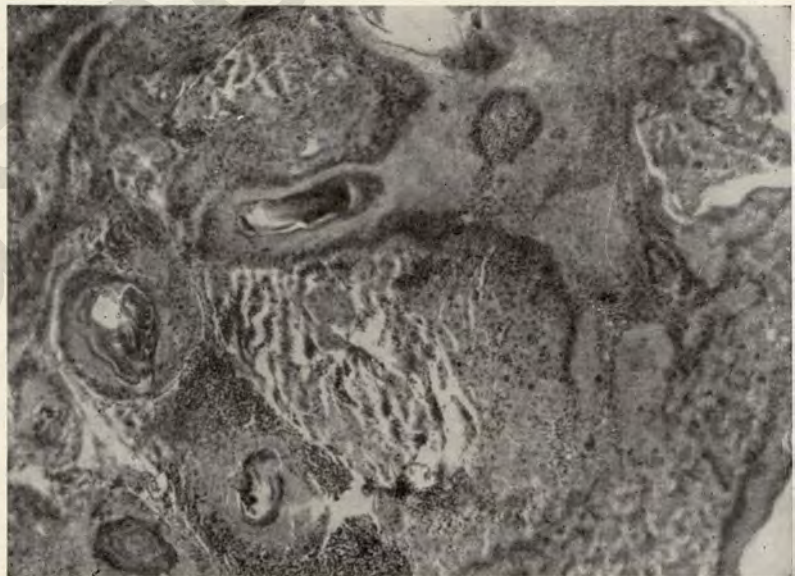


Рис. 122. Микрофотограмма. Плоскоклеточный ороговевающий рак влагалищной части шейки матки с образованием «жемчужин». $\times 40$.

Основная использованная литература

АДАМИЯ В. В. Опыт лечения предопухолевых заболеваний шейки матки. Труды 2 Всесоюзн. онколог. конф. Ленинград. 1959, 415—421.

АЛЕССАНДРЕСКУ Д., ЛУКА В., ПАСКУ Ф., ИЛИЕСКУ Л. Атлас кольпоскопии. Бухарест. 1963.

АНТОН А. В. Опыт лечения предраковых заболеваний шейки матки. Вопросы онкологии, 1957, т. 3, № 6, 749—752.

АНТОН А. В. О ранней диагностике рака шейки матки в условиях амбулаторного приема. Акушерство и гинекология, 1959, 5, 68—72.

АНТУАН Т. Значение кольпомикроскопии для ранней диагностики рака шейки матки. Труды VIII Международного противоракового конгресса. М. 1963, т. 5, 353—354.

БОНДАРЕВСКАЯ Е. П. Опыт применения кольпоскопии при распознавании рака шейки матки и ее предраковых состояний. Вопросы онкологии, 1959, т. V, № 10, 466—471.

ВАСИЛЕВ Б. Предраковые изменения маточной шейки. София, 1963 (болгарск.).

ВАСИЛЕВСКАЯ Л. Н., ЛЕБЕДЕВА А. О., ОЧАКОВСКАЯ Т. Н. Кольпоскопическая характеристика отдаленных результатов днатермокоагуляции шейки матки. Акушерство и гинекология, 1967, 4, 16—20.

ВИДЫ К., КЕРСКИ Ю. Диагностика рака шейки матки. Варшава, 1964.

ВИКШРАЙТИС Ч. Ю. Применение кольпоскопии и кольпофотограмм при выявлении и оценке эффективности лечения больных предраком и раком шейки матки. Вопросы онкологии, 1965, т. XI, № 1, 53—58.

ВИНОКУР М. Л. Выявление начальных форм рака шейки матки у больных с клинически выраженной лейкоплакией. Акушерство и гинекология, 1967, 4, 12—15.

ВИНОКУР М. Л., САВИНОВА В. Ф., ГОШ Т. Е. Клиника и диагностика внутриэпителиального и начального инвазивного рака шейки матки. Акушерство и гинекология, 1964, 4, 33—38.

ГАНЗЕ Р. Роль непрямой метаплазии в развитии рака шейки матки *in situ*. Труды VIII Международн. противоракового конгресса. М. 1963, т. 5, 350—353.

ГРЕЧАНИН Б. Е. Комплексное обследование больных при поражениях шейки матки с помощью кольпоскопии, цитологического и гистологического методов исследования. Акушерство и гинекология, 1962, 3, 32—35.

ГОШ Т. Е., ВИНОКУР М. Л. Лейкоплакия шейки матки как предраковое состояние (морфологическое исследование). Архив патологии, 1967, 9, 36—41.

ГОШ Т. Е., ГОЛЬБЕРТ З. В. Морфологическая характеристика *in situ* шейки матки. Вопросы онкологии, 1962, т. VIII, № 8, 35—41.

ДЕРАЖНЕ А. Б. Прижизненная окраска гематоксилином в клинической и гистологической диагностике ранних стадий рака шейки матки. Вопросы онкологии, 1960, 1, 60—63.

ДЕРАЖНЕ А. Б. Методика обследования больных внутриэпителиальным раком шейки матки. Акушерство и гинекология, 1962, 3, 21—31.

ДЕРАЖНЕ А. Б. О методике клиничко-морфологического исследования при внутриэпителиальном раке шейки матки. Вопросы онкологии, 1963, 3, 88—96.

ДОБЕК С. Кольпоскопические картины (кольпофотография) преинвазивного рака шейки матки. Труды VIII Международн. противорак. конгресса, М., 1963, т. 5, 362—365.

- ЖЕЛЕЗНОВ Б. И. Цитологический метод исследования в гинекологии и акушерстве. Советская медицина, 1959, 9, 70—77.
- ЗАЙЦЕВ Н. А. Цитологическое исследование в гинекологии. Киев, 1966.
- КАПЛАН Б. Л. К вопросу о морфологической диагностике внутриэпителиального рака шейки матки. кн. Вопросы противораковой борьбы. Материалы VI республик. конф. онкол. Литовск. ССР Қаунас, 1964, 133—135.
- КЛЕНИЦКАЯ Е. М., ТАРНАУСКАС Э. А. Кольпоскопия, «Методическое руководство» 1962.
- КОВАЛЬ Ю. Т. Предраковые состояния шейки матки. кн. Предрак. ранняя диагностика и профилактика рака. Госмедиздат УССР, 1955, 272—282.
- КОЛЛЕР О., КОЛЬСТЕД П. Кольпотографическое изучение рака и раннего инвазивного рака шейки матки. Труды VII Междунар. противораков. конгресса, 1963, т. 5, 357—362.
- КУКОЛЕВА Н. И. Применение фотокольпоскопии в работе женской консультации. Акушерство и гинекология, 1964, 1, 129—131.
- ЛАНЕ В. Введение в кольпоскопию. Прага, 1964.
- ЛАРИОНОВ Л. Ф. Рак. Причины. Предупреждение. Лечение. Медгиз, 1963.
- МАНДЕЛЬШТАМ В. А., СВИНДЛЕР Е. А. Цитологическая диагностика рака женских половых органов. 1966.
- МИХАЙЛОВ В. П., ТЕРЕХОВА А. А., ГЕВОРКЯН Г. Г. Carcinoma in situ как патогистологическая и клиническая проблема ранней диагностики рака шейки матки. Акушерство и гинекология, 1958, 1, 3—18.
- МИХАЙЛОВ В. П., ТЕРЕХОВА А. А., ГЕВОРКЯН Г. Г. Carcinoma in situ и карциномы как предопухольные стадии в гистогенезе рака. Акушерство и гинекология, 1962, 3, 11—20.
- НОВИЦОВА Л. А. Некоторые вопросы диагностики и лечения рака шейки матки. Вестник академии медицинских наук СССР, 1962, 6, 72—78.
- НОВИЦОВА Л. А., ВАСИЛЕВСКАЯ Л. Н., ЛИННИК А. Б. IX Международный противораковый конгресс. Акушерство и гинекология, 1967, 4, 61.
- НУДОЛЬСКАЯ О. Е. Предраковое состояние шейки и тела матки. Медгиз, М., 1947.
- НУДОЛЬСКАЯ О. Е. Лечение предракового состояния матки в целях профилактики рака. Советская медицина, 1958, 11, 94—100.
- ПОКРОВСКИЙ В. А., СТАСЕЕВА В. М., КОЗАЧЕНКО В. П., КУКОЛЕВА Н. И., УВАРОВА В. А. К вопросу о так называемом cancer in situ шейки матки. Труды VIII Международного противоракового конгресса, 1963, т. 5, 333—334.
- ПОКРОВСКИЙ В. А. Интраэпителиальный рак шейки матки. Акушерство и гинекология, 1965, 3, 126—130.
- ПЕТРОВА Е. Н. Гистологическая диагностика заболеваний матки. 1964, «Медицина».
- Под ред. ПЕТРОВА-МАСЛАКОВА М. А. Вопросы патогенеза, лечения и профилактики предраковых состояний шейки матки. АМН, издат. «Медицина», 1965.
- Под ред. ПЕТРОВА Н. Н. и ХОЛДИНА С. А. Злокачественные опухоли. Клиническое руководство. Медгиз, 1962, т. III, ч. II.
- РОГОВЕНКО С. С. Диагностика рака шейки матки. 1957, Медгиз, 95, 115, 113.
- РУДЕНКО А. В. Применение цитологических исследований при длительных наблюдениях за больными, подозрительными на рак шейки матки. Вопросы онкологии, 1956, т. II, № 4, 483—487.
- САВИНОВА В. Ф. Сравнительные данные цитологического и кольпоскопического исследования рака шейки матки. Советская медицина, 1960, 4.

САВИНОВА В. Ф. Карцинома *in situ* шейки матки. Вестник Академии наук СССР, 1963, 3, 86—88.

СВИНДЛЕР Е. А. Сравнительная достоверность цитодиагностики, кольпоскопии и биопсии при *сг in situ* шейки матки. Вопросы онкологии, 1963, т. IX, № 4, 36—42.

СЕРЕБРОВ А. И. Современное состояние вопроса о диагностике и лечении рака женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1957, 1, 3—8.

СЕРЕБРОВ А. И. Основные задачи в решении вопросов диагностики, лечения и профилактики рака женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1952, 3, 4—11.

СЕРЕБРОВ А. И. Рак матки. Медгиз, 1968.

СТАНКЕВИЧ А. А. Лейкоплакии и эритроплакии шейки матки. Вопросы онкологии, 1959, т. V, № 8, 191—196.

ТАРНАУСКАС Э. А. Кольпоскопия в диагностике рака шейки матки. Акушерство и гинекология, 1956, 5, 45—49.

ТАРНАУСКАС Э. А. Кольпоскопическая диагностика преинвазивного рака шейки матки. Материалы VI республиканской конференции онкологов Литовской ССР. Каунас, 1964, 131—133.

УЛЬМАН Г. Диагностика и лечение рака *in situ* по данным отдела акушерства и гинекологии университетской клиники Гамбурга. Труды VIII Междунар. противоракового конгресса, 1963, т. 5, 340—343.

ХУМАШЬЯН М. Г., АБРАМОВА М. М. Кольпоскопия как метод раннего выявления рака шейки матки. Сб. научных трудов ин-та акушерства и гинек., М., 1961, 221—223.

ШАБАД Л. М. Предрак в экспериментально-морфологическом аспекте, 1967, М., Медицина.

ШИЛЛЕР-ВОЛКОВА Н. Н., НИКИТИНА Н. И., АГАМОВА К. А., БРИН М. Л. Цитологическая диагностика злокачественных новообразований. Атлас, М., 1964.

ШИЛЛЕР-ВОЛКОВА Н. Н., ГОШ Т. Е., НЕВСКАЯ Е. А. Цитологические параллели при *сг in situ* и начальных формах инвазивного рака шейки матки. Вопросы онкологии, 1964, т. X, № 11, 8—13.

ЯКОВЛЕВА И. А. К гистогенезу рака шейки матки. в кн. Проблемы сердечно-сосудистой патологии и онкологии. Кишинев, 1964, 117—119.

ЯКОВЛЕВА И. А. Эндоцервикозы шейки матки. В кн. Проблемы сердечно-сосудистой патологии и онкологии. Кишинев, 1964, 212—218.

ЯКОВЛЕВА И. А. О так называемых резервных клетках эпителия шейки матки. Тезисы докладов 4 Всесоюз. съезда пат-анатомов. Кишинев, 1965, 167—169.

ЯКОВЛЕВА И. А. Эндоцервикозы (железистые эрозии) шейки матки. Здравоохранение, Кишинев, 1966, 6, 12—16.

МАНДЕЛЬШТАМ В. А., СВИНДЛЕР Е. А. Цитологическая диагностика рака женских половых органов. 1966.

- BURGHARDT E. Über die atypische Umwandlungszone. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde, 1959, 8, 679—683.
- BURGHARDT E. Die formale Entwicklung des Plattenepithelkrebses der Cervix uteri. "Arch. Gynäkol.", 1969, 207, N 1—2.
- CRAMER H. Die Kolposkopie in der Praxis. Stuttgart, 1962.
- GANSE R. Zur Pathogenese des Portiokarzinoms und Erleichterung seiner Frühdiagnose durch farbige Kolpophotogramme. B III, Berlin, Akademie-Verlag, 1955.
- GANSE R. Das normale und pathologische Gefäßbild der Portio vaginalis uteri. Akademie-Verlag, Berlin, 1958.
- GANSE R. Kolposkopische und zytologische Studien in swangloser Folge. Heft 7, 1961, Leipzig.
- HINSELMANN H. Einführung in die Kolposkopie. Hamburg 1933.
- HINSELMANN H. Aktuelle Probleme der praktischen und wissenschaftlichen Kolposkopie. Jena, 1956.
- HINSELMANN H. Kolposkopische Studien. Heft 2, Leipzig, 1956.
- HOHLBEIN R., KRIMMENAU R. Die Zweckmäßigkeit diagnostischer Eingriffe bei atypischem Epithel am Collum uteri. Münch. med. Wochenschrift, 1959, 42, 1824—1829.
- HOLTORFF J. Über das Schicksal des einfach atypischen Epithel an der Portio. Zntl. für Gynäkologie, 1958, Jg. 80, H. 37, s. 1480—1492.
- KIRCHHOF H., WITT H. I. Gesteigert atypisches Epithel und Plattenepithelkarzinom der Portio. Deutsche med. Wochenschrift, 1959, 21, 979—981.
- KRÜGER E. H. Zur Diagnose und Therapie des sogenannten Oberflächenkarzinom. Zntl. f. Gynäkol. 1957, Jg. 79, H. 37, s. 1421—1430.
- KRÜGER E. H. Über die Topographie kolposkopischer Befunde und histologischer Epithelveränderungen an der Portio uteri. Zntl. 1957, N 20, 789—795.
- KOTTMEIER H. L. Erfahrungen des Radiumhemmet, Stockholm, mit der Behandlung des Oberflächencarcinoms und des frühinvasiven Carcinoms der Cervix. Arch. Gynäkol., 1969, 207, N 1—2, 332—342.
- LIMBURG H. Die Frühdiagnose des Uteruskarzinoms. Stuttgart, 1956, 22—35.
- LOHE K. Vergleichende Untersuchungen zu Sitz und Ausdehnung von Dysplasien und Carcinoma in situ der Cervix. Arch. Gynäkol., 1969, 207, N 3, 470—479.
- MESTWERDT G., SCHUCHARDT J. Über das Schicksal von Mikrokarzinomen am Collum uteri. Zntl, 1949, v. 71, 209—217.
- MESTWERDT G. Atlas der Kolposkopie. Jena, 1953.
- OLSON A. W., NICHOLS E. E. Leucoplakia of the cervix—the mosaic and papillary pattern. American Journal of Obstetrics a. Gynecology, v. 82, No 4, p. 895—902. 1961.
- WESPI H. Entstehung und Früherfassung des Portiokarzinoms Basel, 1946.
- ZINSER H. K. Was wird aus den Matrixbezirken an der Portio? Zntl. 1949, H. 12, 1164—1173.

Предисловие	3
Введение	4
Техника и методика кольпоскопии	7
КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ	12
Нормальная слизистая влагалищной части шейки матки	13
Доброкачественные изменения слизистой влагалищной части шейки матки	14
Истинная эрозия	14
Эктопия	15
Зона превращения	16
Полипы шейки матки	18
Слизистая влагалищной части шейки матки у женщин по- жилого и старческого возраста	18
Слизистая влагалищной части шейки матки при кольпите.	19
Редко встречающиеся изменения слизистой влагалищной части шейки матки	20
Атипичский эпителий влагалищной части шейки матки	20
Лейкоплакия	20
Основа лейкоплакии и образование полей	22
Эритроплакия	24
Немые йоднегативные участки	24
Атипическая зона превращения	24
Папиллома	25
Рак шейки матки	26
Документация кольпоскопических данных	29
Заключение	32

КОЛЬПОФОТОГРАММЫ	33
Нормальная слизистая влагалищной части шейки матки . . .	35
Доброкачественные изменения слизистой влагалищной части шейки матки	39
Истинная эрозия, эктопия, зона превращения, полипы шеечного канала	
Атрофичная слизистая влагалищной части шейки матки	
Слизистая влагалищной части шейки матки при воспалении	
Состояние после диатермокоагуляции эктопии	
Эктоцервикальный эндометриоз	
Слизистая шейки матки при выпадении	
Кольпоскопические картины атипического эпителия, подозрительные на злокачественное превращение	69
Лейкоплакия	
Папиллома	
Простая и папиллярная основа лейкоплакии	
Мозаичная лейкоплакия (образование полей)	
Атипическая зона превращения	
Рак шейки матки	97
Основная использованная литература	102

Доктор медицинских наук

~~XXXXX~~

ЛИДИЯ НИКОЛАЕВНА ВАСИЛЕВСКАЯ

Кандидат медицинских наук

МАРГАРИТА ЛЕОНИДОВНА ВИНОКУР

ОСНОВЫ КОЛЬПОСКОПИИ

Атлас

Редактор Я. Л. Гарбузенко

Художественный редактор Г. В. Шотина

Технический редактор Т. Я. Кандагарян

Корректор А. М. Жеребцова

Сдано в набор 10.IX.71 г. Подписано в печать 22.X.71 г. Формат бумаги 60×90¹/₈.

Печ. лист 13,5 Уч.-изд. л. 5,58. Изд. № 148. ~~XXXXXX~~ Цена 1 руб. 37 коп. Зак. 2814

Издательство Республиканского объединения Медучпособие

Тир. 6000.

(Москва, И-254, ул. Гончарова, 13)

Типография, пр. Сапунова, 2.

СПИСОК ЗАМЕЧЕННЫХ ОПЕЧАТОК

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
9	<i>Подрисунковые подписи</i>	<i>Рис. 3.</i> Рабочая головка фотодиагностоскопа. Вид спереди: сверху — осветитель, ниже — объективы бинокюляра и съемочный объектив <i>Рис. 4.</i> Рабочая головка фотодиагностоскопа. Вид сзади: сверху — осветитель, ниже — бинокюляр и фотоаппарат	<i>Рис. 3.</i> Рабочая головка фотодиагностоскопа. Вид сзади: сверху — осветитель, ниже — бинокюляр и фотоаппарат. <i>Рис. 4.</i> Рабочая головка фотодиагностоскопа. Вид спереди: сверху — осветитель, ниже — объективы бинокюляра и съемочный объектив
103	<i>11 сверху</i>	Кольпофотографическое изучение рака и раннего инвазивного рака шейки матки	Кольпофотографическое изучение рака <i>in situ</i> и раннего инвазивного рака шейки матки
105	<i>8 сверху</i>	Ganse R.	Ganse R.
105	<i>14 снизу</i>	des Oberflächencarcinoms	des Oberflächencarcinoms
105	<i>14 снизу</i>	des frühinvasiven	des frühinvasiven
105	<i>12 снизу</i>	Die Frühdiagnose	Die Frühdiagnose
105	<i>9 снизу</i>	Über	Über