

ЗНАЧЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Канд. мед. наук З. В. Малышева

*Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии
(директор — канд. мед. наук О. Д. Мацпанова, научн. руководитель —
проф. В. М. Лотис)*

За последние 2—3 года под нашим наблюдением находилось 800 женщин с заболеваниями слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки. Детальному анализу были подвергнуты 433 истории болезни женщин с разнообразными эрозиями шейки матки и кольпитами.

У каждой больной мы изучали флору влагалищного отделяемого и оценивали степень чистоты, проводили цитологическое исследование отделяемого, простую и расширенную кольпоскопию, гистологическое исследование.

Наиболее эффективным методом диагностики заболеваний и выбора пути лечения мы считаем кольпоскопию: при первом же осмотре больной она дает возможность выяснить характер воспалительного процесса, определить функциональное состояние близрасположенных тканей.

Наряду с оценкой изменений на влагалищной части шейки матки мы уделяли большое внимание общему состоянию больной.

Вполне понятно стремление лечащих врачей даже при первом осмотре больной получить хотя бы некоторое представление о патоморфологическом характере данного процесса и функциональном состоянии тканей. Мы считаем, что этим требованиям отвечает метод расширенной кольпоскопии.

Из 433 больных, направленных к нам на кольпоскопию с диагнозом «эрозия шейки матки», у 108 (25,0%) был обнаружен воспалительный процесс слизистой оболочки, не сопровождающийся образованием эрозии. У 61 больной изменения на влагалищной части шейки матки были связаны с вяло протекающим трихомониазом, который был нами диагностирован при кольпоскопии по характерным признакам, выявляющимся после окраски слизистой 0,5% водным раствором Люголя. При осмотре шейки в зеркалах находили резкую гиперемию и отечность тканей. Прикосновение тупфером вызывало кровоточивость слизистой. Без применения кольпоскопа невозможно было бы определить отсутствие дефекта слизистой влагалищной части шейки матки. Расширенная кольпоскопия позволяла констатировать сохранность слизистой шейки матки, наблюдалась только резко выраженная гиперваскуляризация подслизистого слоя с массой кровоизлияний различной величины и формы. Проба Шиллера давала чаще всего бледно-желтое окрашивание вокруг цервикального канала (слабо положительная реакция). На слизистой оболочке влагалища и в сводах были четко выраженные перикапиллярные инфильтраты в виде мелких белесоватых пятнышек, рассыпанных на темно-коричневом фоне. Обычное лечение трихомонадной инвазии привело к полному выздоровлению этих больных.

Из 108 больных, у которых диагноз эрозии шейки матки был ошибочным, у 47 нами установлены различные изменения шейки матки, наступившие после диатермокоагуляции и электрохирургического вмешательства. У 74% больных были посткоагуляционные изменения. При осмотре шейки в зеркалах вокруг зева, на расстоянии 0,5—1 см от наружного отверстия цервикального канала, обнаруживался багрово-красный валик, в подслизистом слое — масса кровоизлияний различной величины и формы. Слизистая была легко ранима и кровоточила, что приводило к ошибочному диагнозу эрозии шейки матки. Данный симптом именуется многими авторами как симптом коагулированной шейки матки. Проф. Е. Е. Гиговский называет это «коагулопатия влагалищной части шейки матки». Кольпоскопия в этих случаях выявляет многослойный плоский эпителий на всем протяжении. Однако над поверхностью багрово-красного венчика слизистая настолько истончена, что производит впечатление листка папиросной бумаги. Даже легкое прикосновение к нему вызывает незначительное кровотечение. Подобная же кровоточивость, по словам больных, возникает у них иногда после сношения, а также перед началом менструации. Под истонченной слизистой нередко определяются кровоизлияния различной величины и формы и некоторая гиперваскуляризация сосудов слизистой влагалищной части шейки матки. Проба Шиллера в большинстве случаев давала отрицательный результат. Поверхность шейки матки хорошо окрашивается в темно-коричневый цвет, что способствует проведению правильного дифференциального диагноза и дает возможность исключить эрозию.

У 12 больных (26,0%) обнаружены обширные изменения слизистой после диатермокоагуляции по типу атрофического кольпита. При кольпоскопическом осмотре отмечено значительное истончение слизистой. Через истонченную слизистую нередко просвечивают расширенные полнокровные сосуды с характерным древовидным рисунком. Встречаются иногда и кровоизлияния в подслизистом слое различной величины и конфигурации, располагающиеся не только на влагалищной части шейки, но и на сводах и стенках влагалища. Слизистая на всем протяжении принимает слабую окраску

от раствора Люголя, что свидетельствует об исчезновении гликогена в клетках многослойного плоского эпителия.

Лечение больных, страдающих атрофическими кольпитами, должно быть не только местным. Необходим целый комплекс общей терапии.

С эрозиями влагалищной части шейки матки под нашим наблюдением было 325 больных, из них в возрасте до 20 лет — 2, от 20 до 39 лет — 182, от 40 до 50 лет и старше — 141. Мы разделили их на три группы: 1-я гр. — подлежащие консервативному лечению, 2-я — подлежащие диатермохирургическому лечению и 3-я — больные с изменениями, подозрительными на наличие опухолей.

При выборе метода лечения учитывали патоморфологические особенности процесса, возраст, общее состояние, длительность заболевания и проводившееся ранее лечение.

Больные 1-й гр. (70 чел.) — преимущественно молодые женщины, не рожавшие. При кольпоскопическом обследовании у 94,3% из них обнаружена эрозия шейки матки в виде «зоны эктопии» с четкими ровными контурами. Кольпоскопический аспект, получивший у Гинезельмана термин «эктопия», представляет собой пышное распространение цилиндрического эпителия. Диагностика «зоны эктопии» не вызывает затруднений, особенно после обработки тканей 3% раствором уксусной кислоты. Проведение пробы Лам — Шиллера выявляет йоднегативную зону с нежным розоватым оттенком.

Способ лечения и длительность его определялись этиологией воспалительного процесса. Больным назначали противовоспалительную терапию с применением средств, ускоряющих регенерацию слизистой. В процессе лечения больным регулярно проводили кольпоскопию. У 58 больных (83,0%) этой группы наступило полное выздоровление. Каждую больную в ходе лечения осматривали при помощи кольпоскопа не менее 2 раз в месяц, пока многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки не становился йодположительным. В дальнейшем проводили контрольный осмотр больной раз в 3 месяца, и если кольпоскопическое наблюдение констатировало полное выздоровление, больную снимали с учета.

2-ю гр. составили 203 женщины, у которых хронический воспалительный процесс существовал уже длительное время, и консервативное лечение не принесло успеха. Чаще всего это были больные старше 30 лет. У большинства эрозированная поверхность слизистой влагалищной части шейки матки представляла собой зону трансформации с отдельными открытыми и закрытыми железами. «Зона трансформации» появляется на месте «эктопии» в результате процесса замены цилиндрического эпителия плоским. Плоский эпителий «зоны трансформации» несколько отличается от окружающих здоровых тканей. Некоторые участки его значительно истончены, другие, напротив, несколько утолщены. Слизистая надвигается с периферии к центру в виде язычков. Эпителий «зоны трансформации» может заменять цилиндрический эпителий, обуславливая настоящее заживление, или может наслаиваться на цилиндрический эпителий, создавая видимость выздоровления. Он может также покрывать железы или проникать внутрь их.

Если плоский эпителий наслаивается на цилиндрический, то секрета последнего ведет к выпячиванию и утолщению слизистой с образованием ретенционных кист (ovula Nobothi). В результате небольшой толщины и богатой васкуляризации эпителия «перестройки» легко наступает кровотечение.

Часть больных, у которых при кольпоскопическом обследовании было установлено наличие «зоны трансформации» без явлений атипии, могут быть излечены консервативным методом лечения, большинство же нуждается в диатермоэлектродкоагуляции или хирургическом лечении. При выборе метода лечения эрозий влагалищной части шейки матки необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности организма больной, возраст, длительность процесса, наличие сопутствующих гинекологических заболеваний.

Диатермохирургическое лечение проведено 106 больным (в поликлинике института). Полное выздоровление наступило у 94,7% больных. У 10 больных имеются изменения на шейке матки посткоагуляционного характера. Эти больные нуждаются в систематическом контроле с применением кольпоскопии.

В 3-ю гр. отнесены 52 женщины, у которых при кольпоскопии выявлены изменения, заставляющие подозревать «атипизм» в клетках слизистой, покрывающей влагалищную часть шейки матки, или обнаружена лейкоплакия. В этих случаях необходимо особенно тщательное комплексное обследование с применением прицельной биопсии.

В течение 1967—1968 гг. мы наблюдали также 18 больных, у которых был диагностирован начальный рак. У 6 из них диагноз был установлен сразу при первом кольпоскопическом обследовании, а затем подтвержден гистологически. Остальные 12 больных были направлены к нам на консультацию после биопсии и получения гистологического заключения. Однако и в этих случаях, хотя кольпоскопическое исследование явилось дополнительным методом, оно помогало в проведении прицельной биопсии и решении вопроса о дальнейшем наблюдении и лечении.

Кольпоскопический метод исследования, доступный каждому акушеру-гинекологу, должен получить более широкое распространение; он несомненно улучшит качество лечебно-диагностической помощи больным, страдающим различными заболеваниями слизистой влагалищной части шейки матки и влагалища.