

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Л. Ф. Шинкарева, А. В. Чиркова

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Л. Ф. Шинкарева)
Ижевского медицинского института*

В структуре гинекологической заболеваемости большой удельный вес имеют дисгормональные гиперпластические процессы гениталий. В настоящее время установлено, что в основе развития гиперпластических процессов гениталий лежат нарушения нейроэндокринной регуляции в организме женщины, связанные с функциональными и органическими поражениями различных звеньев цепи сложной регуляции: коры головного мозга, гипоталамо-гипофизарной системы, яичников, матки и других эндокринных органов. Если в начале своего развития гиперпластические процессы гениталий нередко носят функциональный характер, то по мере прогрессирования патологического процесса они могут сопровождаться глубокими морфологическими изменениями и быть источником малигнизации. При этом особого внимания к себе требуют состояние шейки матки и цервикального канала, так как среди злокачественных новообразований женских половых органов именно рак шейки матки занимает первое место. Ввиду того, что патологические изменения могут возникать как на влажной части шейки матки, так и в цервикальном канале (полипы цервикального канала, бурная пролиферация эпителия с аденоматозом, процессы эпидермизации полипов и другие) [1, 4, 5а], совершенно очевидно, что оценка состояния шейки матки и цервикального канала перед разработкой плана лечения таких больных жизненно необходима. При наличии в цервикальном канале патологических процессов пролиферативного характера вряд ли целесообразно включать в план лечения эстрогенный компонент. Сравнительный анализ гистоморфологических изменений слизистой оболочки цервикального канала под влиянием гормонотерапии показал, что клинический эффект не всегда свидетельствует о благоприятной реакции эндоцервикса. Наряду с положительным влиянием гормонотерапии нередко наблюдается прогрессирование гиперпластических процессов вплоть до развития полипоза цервикального канала [5б]. Изменение состояния шейки матки в динамике гормонотерапии может потребовать пересмотра терапевтической тактики врача и определить показания к оперативному лечению. Следовательно, при составлении плана лечения больных гиперпластическими процессами гениталий необходимо учитывать не только характер гормонального профиля (тесты функциональной диагностики, уровень полового хроматина, эстрогенов, прегнадиола, 17-кетостероидов и гонадотропных гормонов гипофиза, результаты гистологического исследования эндометрия), но и состояние шейки матки. Изучение состояния шейки матки и особенно цервикального канала дает возможность более дифференцированно подходить к назначению гормонотерапии и осуществлять контроль за реакцией эндоцервикса в ответ на введение экзогенных гормонов. При назначении хирургического лечения этому контингенту больных объем вмешательств также устанавливается на основании данных исследования шейки матки.

Для правильного суждения о состоянии шейки матки и цервикального канала у больных, страдающих гиперпластическими процессами гениталий, мы считаем необходимым последовательное обследование больных с учетом диагностической ценности каждого используемого метода.

В комплекс необходимых диагностических приемов, помимо обычных методов гинекологического исследования, входят обзорная кольпоскопия и цервикоскопия со взятием мазков с влажной части шейки матки и цервикального канала для цитологического анализа, расширенная кольпоскопия и цервикоскопия, прицельная биопсия и гистологическое изучение серийно-ступенчатых срезов ткани, удаленной во время биопсии.

Цитологическому анализу подлежат соскобы и отделяемое с влажной части шейки матки, аспирация и соскоб из цервикального канала.

Для получения мазков с влажной части шейки матки и из устья цервикального канала успешно применяется шпатель типа Эйра. Для забора содержимого цервикального канала в настоящее время пользуются металлическими канюлями с баллончиком, шприцем Брауна, нейлоновой щеточкой, ложечкой Фолькмана. В гинекологической клинике Ижевского медицинского института применяют специально разработанные шпатели, которые имеют приспособительный контур конусовидной формы, обеспечивающий получение клеток со всей поверхности эндоцервикса. Соскоб производят круговым движением шпателя на 360°. Благодаря поперечным и продольной дорожкам, нанесенным на одну из поверхностей шпателя, полученный материал остается на шпателе при его извлечении из цервикального канала. Шпатели имеют различную величину и позволяют осуществлять забор материала у нерожавших, рожавших и пожилых женщин. Инструменты должны быть стерильными и сухими, так как вода и дезинфицирующие жидкости приводят к разрушению клеточных

элементов и ухудшению окраски мазков. Мазки окрашиваются по методу Романовского — Гимза, Паппенгейма, Лейшмана, гематоксилин-эозином и т. д. Большой информативностью обладают методы люминесцентной и фазово-контрастной микроскопии.

Результаты цитологического анализа помогают врачу выработать дальнейшую тактику в отношении каждой больной, у которой обнаружены изменения клеток эпителия или цитологически заподозрен рак. Например, цитологически установленный дискариоз свидетельствует о серьезности положения. Это может указывать на дисплазию многослойного плоского эпителия, так как дисплазия цитологически проявляется изменением клеточных ядер [6]. Обнаружение в мазках дискариоза клеток обязывает клинициста провести неоднократные контрольные цитологические анализы и углубленное обследование шейки матки с использованием всего комплекса диагностических приемов. Следующим этапом обследования больных является кольпоскопия и цервикоскопия. Расширенная кольпоскопия дает возможность выявить особенности строения слизистой влагалищной части шейки матки, ее рельефа, сосудистого рисунка и состояния цервикальных желез.

В связи с тем, что цервикальный канал не доступен клиническому исследованию, большое практическое значение приобретает метод цервикоскопии. Оригинальная конструкция цервикоскопа была предложена Е. В. Коханевич в 1962 г. Однако до настоящего времени наша промышленность еще не приступила к серийному производству цервикоскопов. Поэтому для проведения цервикоскопии мы предлагаем использовать недорогой, доступный любому лечебному учреждению уретроскоп Валентина. Для осуществления цервикоскопии применяется набор тубусов различного диаметра с мандреном-обтуратором, лампочка Эдисона на конце светоносителя, смонтированного в рукоятку оптического прибора. В качестве питания для лампочки нами используется батарейка карманного фонаря. Это исключает необходимость применения трансформатора переменного тока, при возникновении малейшей неисправности изоляционного материала которого у больной появляются болезненные ощущения. Для изменения яркости освещения цервикального канала в цепь смонтирован реостат от обычного радиоприемника. Все это приспособление вставляется в футляр карманного фонаря. В предлагаемом виде прибор портативен и может применяться в случае необходимости в любых условиях.

Цервикоскопия по существу не имеет противопоказаний. Однако для предупреждения асцендирования инфекции цервикоскопию необходимо осуществлять при благоприятных данных бактериоскопического исследования мазков и четвертой степени чистоты влагалища.

Цервикоскопию проводят при обычном для гинекологического исследования положении женщины в кресле. Шейку матки обнажают ложкообразными зеркалами. Тубус с овальным мандреном при легком нажиме, как правило, беспрепятственно входит в цервикальный канал. Для успешного проведения цервикоскопии все манипуляции проводят осторожно. При грубых манипуляциях может возникнуть кровотечение. Введение тубуса большего диаметра вызывает у больной неприятные ощущения. Если шейка матки резко отклонена кпереди или кзади, ее необходимо фиксировать пулевыми щипцами за заднюю губу, тангенциально, не входя браншей в цервикальный канал. После введения тубуса до внутреннего зева обтуратор извлекают и в тубус вводят светоноситель с лампочкой. Медленно вводя и поворачивая его, тщательно и последовательно осматривают все стенки цервикального канала. При наличии в канале густой слизи ее удаляют ватным тампоном, смоченным 2% раствором соды. После этого канал осушают сухим тампоном. Последний готовят предварительно путем наложения стерильной ваты на металлический зонд с насечками. Для проведения расширенной цервикоскопии слизистую цервикального канала обрабатывают аналогичным образом через тубус вначале 3% раствором уксусной кислоты, затем 2% раствором Люголя.

В современном понимании цервикоскопия служит для изучения состояния слизистой оболочки цервикального канала. При этом учитываются особенности эпителиального покрова (его рельеф, оттенки, дефекты), состояние кровеносных сосудов (расположение, диаметр, величина, цвет), а также изменение цервикальных желез.

При исследовании цервикального канала надо принимать во внимание изменения, связанные с физиологическими и возрастными особенностями.

Слизистая оболочка цервикального канала в чадородном возрасте сочная, блестящая, имеет бледно-розовую окраску. Хорошо различима продольная складчатость, которая более четко выражена по мере приближения к области внутреннего зева. Сосудистый рисунок имеет вид нежной, едва просвечивающей сеточки. Граница перехода цилиндрического эпителия в плоский находится на уровне наружного зева, иногда смещается на влагалищную часть шейки матки. В зависимости от фаз менструального цикла цервикоскопическая картина несколько меняется. В первые дни после менструации слизистая цервикального канала имеет более яркую окраску, сосудистый рисунок малозаметен. В период максимальной эстрогенной насыщенности слизистая цервикального канала становится сочной, рыхлой, блестящей, складчатость более выражена. Во вторую фазу менструального цикла более отчетлив сосудистый рисунок, слизистая отечная, рыхлая.

У женщин старше 45 лет слизистая цервикального канала менее сочная, бледноватая, сосуды чаще совсем не просматриваются, складчатость сглажена. Граница перехода цилиндрического эпителия в многослойный плоский нередко смещается в цервикальный канал.

При кольпоскопическом и цервикоскопическом исследованиях выявляются истинные эрозии, цервициты, ретенционные кисты, гиперплазия эндоцервикса, эндоцервикальные полипы, а также атипичные эпителиальные изменения в виде плоскоклеточной эндоцервикальной метаплазии, лейкоплакии, «основы» лейкоплакии, «полей» лейкоплакии (участков слизистой, разделенных на овальные или многоугольные сегменты нежными красными нитями сосудистых петель), смешанных форм эпителиальных изменений. Эти состояния сопровождаются определенными изменениями сосудов и цервикальных желез.

При раке цервикального канала в его начальных формах можно встретить любой из описанных выше видов атипичного эпителия. Сосудистая атипия проявляется в наличии хаотично расположенных неодинакового калибра сосудов. Сосуды могут быть длинными, извитыми, короткими, обрывистыми, причудливой формы. На воздействие 3% раствором уксусной кислоты сосуды реагируют частично или совсем не реагируют.

Исследования ряда авторов [3, 5а] показывают, что цервикоскопия является простым, доступным, малотравматичным методом, позволяющим неоднократно проводить исследование без ущерба для здоровья больной.

Данные кольпоскопии и цервикоскопии сопоставляются с результатами клинического и цитологического исследований. При малейшем подозрении на малигнизацию производится прицельная биопсия.

Если биопсия видимой части шейки матки не представляет сложности, то забор материала для гистологического исследования из цервикального канала — далеко не простая задача. Повсеместно используемое выскабливание цервикального канала обычной кюреткой захватывает только слизистую оболочку, без подлежащих тканей. При этом соскоб обычно скуден, фрагментирован, теряется в сгустках крови, что вызывает большие трудности в интерпретации морфологической картины соскоба. При эндоцервикальных полипах удаляются лишь головка и ножка полипа, основание же остается в глубине цервикального канала. А если учесть, что озлокачествление полипов чаще наблюдается с его основания, то становится очевидным, какое большое практическое значение имеет полноценное их удаление. Совершенно ясно, что «слепое» выскабливание слизистой оболочки цервикального канала малоэффективно.

Для осуществления целенаправленного диагностического выскабливания эндоцервикса в настоящее время начинают внедрять специально сконструированные инструменты: ложечку с крышкой [3], эндометротом [2]. В гинекологической клинике Ижевского медицинского института применяется цервикотом типа эндометротомом Г. Т. Ищенко и соавт. (1971), который дает возможность осуществлять прицельную биопсию слизистой цервикального канала под контролем цервикоскопии и собрать без потерь полученный соскоб для гистологического исследования.

При распространенном поражении шейки матки, затрудняющем выбор места для прицельной биопсии, производится биопсия конусом — конусовидное иссечение шейки матки. Вершина конуса уходит в цервикальный канал на 1,5—2 см. Как известно, конусовидная биопсия осуществляется скальпелем и электроконизатором. При применении электроножа сила тока должна быть небольшая, иначе биопсированная ткань может оказаться «сваренной» на большую глубину, и интерпретация морфологических изменений будет затруднена.

Заключительным этапом обследования больных является гистологическая диагностика. Морфологическое исследование, безусловно, дает полное представление о характере патологических изменений в тканях, но чтобы не привести клинициста к неправильному заключению, оно должно проводиться с использованием описанного выше комплекса диагностических приемов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Поволоцкая Л. И. Материалы объединенного пленума правлений Всероссийских научных обществ акушеров-гинекологов и детских врачей. Махачкала, 1972. — 2. Ищенко Г. Т. и соавт. Акуш. и гинек., 1971, 3. — 3. Коваль Ю. Т. Клин. онкол., 1966, 2. — 4. Френкель Н. Г., Кузнецова Т. В. и др. Труды IV съезда акушеров-гинекологов РСФСР. Воронеж, 1977. — 5. Шинкарева Л. Ф., Чиркова А. В., Сабсай М. И. а) Материалы объединенного пленума правлений Всероссийских научных обществ акушеров-гинекологов и детских врачей. Махачкала, 1972; б) Труды VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. Москва, 1973. — 6. Яковлева И. А., Лазарев И. М. Руководство по цитологической диагностике опухолей человека. М., «Медицина», 1976.

Поступила 3 мая 1978 г.