

ния собственных нужд юридических лиц и индивидуальных предпринимателей).

Следует отметить, что в отсутствие закона об обращении медицинских изделий и технического регламента о безопасности медицинских изделий вопрос обращения медицинских изделий для *in vitro* диагностики реализуется в общем контексте медицинских изделий. Впервые на территории Российской Федерации приказом Минздрава России от 9 января 2014 г. № 2н "Об утверждении порядка проведения оценки соответствия медицинских изделий в форме технических испытаний, токсикологических исследований, клинических испытаний в целях государственной регистрации медицинских изделий" проведено разделение требований к техническим и клиническим испытаниям медицинских изделий и медицинских изделий для *in vitro* диагностики. Но и в данном документе требования к испытаниям медицинских изделий для *in vitro* диагностики мало отличаются от испытаний медицинских изделий. В настоящее время требуется проведение коррективы законодательных актов и нормативных документов в части обращения медицинских изделий для *in vitro* диагностики. Следует обратить внимание на то, что вопросы качества и безопасности медицинских изделий для *in vitro* диагностики необходимо решать не только в рамках государственного контроля за обращением медицинских изделий, но и рамках контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Так, для оценки качества медицинских изделий для *in vitro* диагностики представляется целесообразным использовать в качестве требований – критериев сравнения данные ГОСТ Р 53022.2–2008 Технологии лабораторные клинические. Требования к качеству клинических лабораторных исследований. Часть 2. Оценка аналитической надежности методов исследования (точность, чувствительность, специфичность). Для реализации данного контроля следует использовать данные контрольных измерений ВЛК по 20–100 независимым аналитическим сериям (минимум 20) (CV100, CV20); данные внешней оценки качества (за 2–3 цикла), включая значения, полученные в лаборатории, и средние значения, полученные в группе сравнения, которая использует тот же анализатор и те же реагенты (число лабораторий в группе сравнения должно быть не менее 20). Перспективным представляется привлечение системы внешней оценки качества к решению важных задач государственного контроля.

Во многом осуществление как государственного контроля, так и обеспечения качества и безопасности медицинских изделий и деятельности медицинских лабораторий позволит вывести на новый уровень создание государственного банка биоматериалов, контрольных материалов, калибраторов, сероконверсионных панелей и др.

Важным направлением обеспечения государственного контроля является разработка межгосударственных, национальных стандартов, а также внедрение международных стандартов в сфере обращения медицинских изделий для *in vitro* диагностики.

Д.В. Гейне. Оценка качества, эффективности и безопасности средств клинической лабораторной диагностики. ФГБУ ВНИИИМТ Росздравнадзора, Москва

Рассмотрены требования, предъявляемые к испытаниям медицинских изделий (МИ) для диагностики *in vitro*, проводимым при их государственной регистрации, в том числе на стадиях:

- контрольных испытаний производителя опытных партий продукции с целью определения возможности их предъявления на государственную регистрацию;

- оценки изделия при его технических испытаниях (в том числе оценки соответствия информации, предоставляемой изготовителем потребителю, подтверждение функциональных характеристик МИ и пр.);

- подтверждения диагностических характеристик МИ на этапе клинических испытаний.

А.Н. Шибанов. Метрологические аспекты обеспечения правильности результатов клинко-лабораторных исследований. А/О Юнимед, Москва

Существуют две фундаментальные проблемы, связанные с метрологическими аспектами обеспечения правильности результатов клинко-лабораторных исследований.

1. Создание национальной системы прослеживаемости и оценки неопределенностей выполняемых в КДЛ измерений, в которую должны входить:

- национальные стандартные образцы биологических проб (сыворотки крови человека, мочи и др.), исследуемых в КДЛ, с регулярным сличением с международными стандартными образцами или стандартными образцами авторитетных организаций;

- система референтных лабораторий, которые обеспечивают прослеживаемость измеряемых величин от национальных стандартных образцов к калибраторам и контрольным материалам, применяемым в обычных КДЛ, с учетом особенностей методов и приборов (метод зависимых погрешностей);

- производство калибраторов и контрольных материалов для рутинных методов.

Создание такой системы – большая научная, технологическая и организационная работа, которая должна выполняться совместно Росстандартом и Минздравом.

2. Вторая фундаментальная проблема состоит в том, что многие руководители ЛПУ не понимают значения строгого выполнения требований системы обеспечения качества лабораторных исследований, вследствие чего не выполняются в полном объеме требования приказов Минздрава РФ по внутрилабораторному контролю качества, участие лабораторий в ФСВОК не осуществляется или осуществляется не по всем видам исследований. Главные врачи больниц и поликлиник не выделяют средств на покупку контрольных материалов и на участие в ФСВОК по всем видам выполняемых исследований, не понимая, что затраты на мероприятия по контролю качества лабораторных исследований не сопоставимы с теми потерями, которые несет ЛПУ из-за некачественных результатов, получаемых в КДЛ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВИЗУАЛЬНЫХ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Н.С. Теврюкова¹, В.Н. Богатырев², С.С. Голубев³, А.А. Жирнов⁴, Т.Г. Зокина⁵. Использование лазерной ДНК-проточной цитофлуориметрии в дифференциальной цитологической диагностике и прогнозе рака предстательной железы. ¹Скандинавский центр здоровья, Москва, Россия, ²ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, ³Московская международная лаборатория патоморфологии, Москва, ⁴СМ Клиника, Москва, ⁵ЦКБ РАН, Москва

Цель исследования – проанализировать взаимосвязь плоидности и количественных параметров клеток опухоли со степенью морфологической дифференцировки и показателем Глисона.

У 35 больных РПЖ изучены количественные параметры опухоли с помощью лазерной ДНК-проточной цитофлуориметрии и показатель Глисона в биоптатах.

Диплоидные опухоли у больных РПЖ наблюдались в 9 (25,7%) случаях, анеуплоидные опухоли в 26 (74,3%). Анализ изучаемых количественных параметров клеток опухоли позволил обнаружить, что у 6 (54,5%) больных с ВДА были диплоидные опухоли, у 5 (45,5%) – анеуплоидные. У больных с УДА диплоидные опухоли были у 3 (30%) пациентов, анеуплоидные – у 7 (70%), при НДА диплоидные опухоли выявлены у одного больного, анеуплоидные – у 13 (92,9%). При снижении степени дифференцировки РПЖ наблюдается

тенденция к увеличению частоты анеуплоидных опухолей. Отмечено увеличение пролиферативной активности клеток в S- и G2+M-фазах клеточного цикла и повышение индекса пролиферации при снижении степени дифференцировки РПЖ. По данным анализа количественных параметров клеток опухоли у больных РПЖ в зависимости от показателя Глисона наблюдается следующая зависимость. Так, по мере увеличения оценки показателя Глисона растет частота анеуплоидных опухолей. При оценке 1–4 балла по шкале Глисона наблюдались с одинаковой частотой анеуплоидные и диплоидные опухоли – 4 (50%) и 4 (50%). В группе больных при оценке 5–7 баллов по шкале Глисона выявлены анеуплоидные опухоли у 8 (66,7%), и только у 4 (33,3%) – диплоидные опухоли. Среди 15 больных при оценке 8–9 баллов по шкале Глисона только у одного пациента выявлена диплоидная опухоль, у 14 (93,3%) – анеуплоидные ($p < 0,05$).

Вывод. При РПЖ плоидность коррелировала со степенью морфологической дифференцировки клеток опухоли и показателем Глисона.

И.В. Енаева, О.А. Ефимушкина, И.П. Шабалова. Компьютеризированный скрининг патологии шейки матки с использованием системы просмотра цитологических препаратов FOCALPOINT BD. ГБУЗ МО "Московский областной перинатальный центр", Балашиха, Московская область; кафедра клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО РМАПО, Москва

Цель – максимально эффективное использование автоматической системы для обработки цитологических препаратов FocalPoint BD для увеличения точности, эффективности и скорости скрининга заболеваний шейки матки у женщин Московской области.

Задачи

1. Оценка цитологических препаратов по предложенным автоматической системой FocalPoint BD полям зрения, в режиме review.
2. Пересмотр всех полей зрения цитологических препаратов в режиме screen.
3. Сопоставление результатов двойного пересмотра цитологических препаратов.
4. Оценка работы врача-цитолога в условиях компьютеризованного скрининга патологии шейки матки.

Цитологический материал со слизистой оболочки шейки матки получали с помощью стандартных щеток Cervex-Brush и Cervex-Brush Combi у 734 женщин Московской области в возрасте от 19 до 49 лет. Щетку с материалом помещали в контейнер с транспортной средой SurePath BD и доставляли в лабораторию. Препараты проводили на автоматизированной установке SurePath BD, позволяющей получить монослойные стандартизованные по распределению клеток и качеству окрашивания препараты. Первичный анализ приготовленных препаратов был проведен на FocalPoint BD с дальнейшим пересмотром на роботизированных столиках в двух режимах, review и screen.

FocalPoint BD ранжирует препараты по 5 квинтилям, в каждый из которых отправляет 20% стекол. При анализе препаратов в режиме review сформулированное заключение отличается от окончательного (после просмотра всего стекла) в случае, если оно изначально неуверенное (NILM (реактивные изменения) или ASC-US; ASC-US, единичные койлоциты или L-SIL, признаки HPV инфекции; подозрение на L-SIL, нельзя исключить H-SIL). В таких случаях сформулировать окончательное и правильное цитологическое заключение удавалось лишь в ходе пересмотра всего препарата в режиме screen. При этом цитологическое заключение менялось в сторону более "тяжелого" или уточнялось в случае сомнительного предварительного результата.

Заявленная производителем система "акцентирования внимания" наиболее опасных полей первыми не подтверждена (наиболее опасные участки встречались в препарате как в первых, так и в последних полях зрения, предложенных FocalPoint BD).

В рамках скрининга заболеваний шейки матки у обследованных женщин (734 препарата) заключение NILM установлено по 85,4% препаратов; ASC-US – по 7,8%; ASC-H – по 0,2%; LSIL – по 5,3%; HSIL – по 1,3%.

При просмотре препаратов в режиме review сформулированное заключение отличалось от цитологического диагноза, установленного после анализа стекла в режиме screen в 31 наблюдении из 734. Из них только в двух при просмотре предложенных полей зрения FocalPoint BD не обнаружено интраэпителиальное поражение. В первом заключении NILM (реактивные изменения) + "ключевые клетки" было изменено на ASC-US + "ключевые клетки". Во втором NILM (реактивные изменения) с примечанием гипоестрогенный тип мазка – на ASC-US с примечанием гипоестрогенный тип мазка. Оба препарата были отнесены системой в 1-й ранг.

Для обнаружения элементов атипии/дискариноза в 95,8% случаев достаточным оказался просмотр выбранных FocalPoint BD полей зрения. В 4% наблюдений потребовался пересмотр для уточнения цитологического диагноза. Лишь 0,3% препаратов (2 стекла с NILM (реактивные изменения)), в режиме review не вызывающих сомнений, при пересмотре в режиме screen были отнесены к ASC-US.

Автоматическая система для обработки цитологических препаратов FocalPoint BD помогает увеличить эффективность, скорость и точность скрининга заболеваний шейки матки.

О.Г. Григорук, А.Ф. Лазарев, С.В. Дударенко, Л.М. Базулина, Е.С. Сигитова, Т.А. Москвина, А.С. Степанова. Особенности оценки клеточного состава при паранеопластических плевритах с использованием иммуноцитохимического метода диагностики. Алтайский филиал ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Барнаул; КГБУЗ "Алтайский краевой онкологический диспансер", Барнаул; Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

В ряде случаев у онкологических больных обнаруживается плевральный выпот при отсутствии опухолевого поражения плевры. Такие плевриты называются паранеопластическими и являются следствием непрямого, опосредованного воздействия опухоли на плевру (Сельчук В.Ю., Бычков М.Б., Киселевский М.В., 2011).

Цель исследования – оценить особенности клеточного состава плевральной жидкости с использованием иммуноцитохимических реакций у онкологических больных с паранеопластическим плевритом.

В основу работы положены результаты комплексного обследования 1318 онкологических больных с синдромом плеврального выпота за 9 лет. При цитологическом исследовании использовались методики жидкостной цитологии. Полученные после плевральной пункции цитологические препараты окрашивали по Паппенгейму. Иммуноцитохимические исследования проводили по стандартной методике, для визуализации реакции использовали тест-систему REALTM EnVisionTM, в качестве хромогена использовали DAB.

Пациенты с синдромом плеврального выпота были разделены на 2 группы: больные с наличием клеток злокачественной опухоли в плевральной жидкости ($n = 913$) и онкологические больные, у которых клетки злокачественной опухоли в плевральной жидкости отсутствуют ($n = 405$).

В 1-й группе нами проведено разделение на подгруппы: 1) пациенты с первичными опухолями плевры ($n = 162$), 2) метастатические поражения плевры опухолями эпителиального генеза ($n = 713$) и 3) метастазы опухолей мезенхимального происхождения ($n = 38$). Для уточнения первичного очага, а также диагностики мезотелиомы плевры проведено 3378 иммуноцитохимических исследований у 284 больных.

2-ю группу больных составили 405 человек, у которых плевральный выпот развился на фоне ранее выявленного онкологического заболевания. При этом указанная категория больных подвержена комплексному лечению. При микроскопии препаратов у данных пациентов в клеточном соста-

ве плевральной жидкости опухолевых элементов нами не обнаружено. Развитие паранеопластического плеврита чаще всего отмечали при первичном аденогенном раке легкого ($n = 257$), молочной железы ($n = 49$), яичника ($n = 10$), толстого кишечника ($n = 10$), злокачественных лимфомах ($n = 13$). При других злокачественных опухолях (раке желудка, пищевода, шейки матки, эндометрия, гортани, прямой кишки, щитовидной железы, почки, мочевого пузыря, слюнной железы, нижней губы, а также тимоме, мягкотканой саркоме, мезотелиоме, плазмоцитоме) паранеопластический плеврит отмечали в 1–7 наблюдениях.

При оценке клеточного состава плевральной жидкости при паранеопластических плевритах нами установлено, что лимфоциты составляли $77,1 \pm 7,47\%$ всего клеточного состава, макрофаги – $13,2 \pm 6,67\%$ клеток, клетки мезотелия – $7,7 \pm 3,34\%$. Присутствие нейтрофильных гранулоцитов было незначительным – $0,9 \pm 1,20\%$. Количество других клеток (плазматических, тучных, многоядерных) составило $1,2 \pm 1,53\%$.

Из 100 человек из группы больных с паранеопластическим плевритом проведены 1394 иммуноцитохимических исследования. Реакция на мезотелиальные антитела (калренин, мезотелин и тромбомодулин) в исследуемых клетках была позитивной. Цитоплазматическую реакцию наблюдали во всех клетках, преобладали слабо (+) и умеренно (++) окрашенные клетки. Данный факт характеризовал принадлежность клеток к мезотелиальным и не позволял их отнести к клеткам эпителиоидной мезотелиомы, при которой отмечается выраженная ядерно-цитоплазматическая реакция (+++). Цитоплазматическая реакция на цитокератины была позитивной в большинстве наблюдений и соответствовала (++) экспрессия цитокератина 5/6 была более выраженной, на цитокератин 20 – реакция негативная. На эпителиальный мембранный антиген отмечали только цитоплазматическую реакцию, мембранной реакции не отмечено. Стойкую негативную реакцию наблюдали в оцениваемых клетках на антиэпителиальный антиген и антикарцино-эмбриональный моно- и поликлональные антигены, что исключало принадлежность клеток к раку. Данный факт имел решающее значение при оценке гистогенеза клеток при паранеопластическом плеврите. Дополнительно изучаемые клетки были оценены на иммуногенность к CD15, CD45, CD44, WT1. При этом на CD44 и WT1 отмечена позитивная реакция, что позволяет утверждать о принадлежности типированных клеток к мезотелиоцитам. Стойкая негативная реакция отмечена на TTF-1, CDX2, Mammaglobin, Chromogranin A, Neuron-Specific Enolase и p53, что позволило исключить метастаз рака легкого, кишечника, молочной железы, яичника.

Таким образом, результаты исследований позволили исключить опухолевый процесс при синдроме плеврального выпота и считать его паранеопластическим.

М.Г. Жильцова¹, Н.Н. Шатникова², С.В. Саакян¹. Совершенствование методов цитологической диагностики при злокачественных опухолях глаза и орбиты. ¹ФГБУ "МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца" МЗ РФ, ²ФГБУ РДКБ МЗ РФ, Москва

Разработка и применение высокотехнологичных информативных методов цитологической верификации опухоли с помощью метода тонкоигольной аспирационной биопсии является не изученной областью офтальмоонкологии.

Цель – изучить возможности проведения иммуноцитохимического исследования (ИЦХ) и экспрессии опухолевых маркеров при цитологической диагностике злокачественных опухолей глаза и орбиты.

Обследованы 143 больных с подозрением на злокачественную опухоль органа зрения, из них на злокачественную лимфому 97, рабдомиосаркому (РМС) 29, внутриглазную опухоль 17. Цитологическое исследование (ЦИ) выполнено у всех больных, ИЦХ – у 35 больных. Получение материала для цитологического и ИЦХ выполняли амбулаторно и интраоперационно методом ТИАБ и отпечатка. Приготовление

и окраску цитологических препаратов проводили по стандартной методике. Исследование образцов для ИЦХ проводили методом иммуноцитохимии на мазках (Глузман Д.Ф. и соавт., 2005) с оценкой результатов в световом микроскопе "Axiostar plus" фирмы "Zeiss" с использованием реагентов фирм "ДАКО", NC, BD и Lab Vision и хромогена DAB. Спектр используемых антител: CD3, CD5, CD19, CD20, CD23, CD45, BCL1, BCL2, Desmin, Myo-D1, Myf-4, Vimentin, S100, Cocktail Melanoma (HMB-45, MART-1 & Tyrosinase), Ki-67, CKpan.

Цитологически лимфоидная природа опухоли с последующим подтверждением диагноза у гематолога определена у 90% больных. При ИЦХ (15) у всех больных иммунофенотип соответствовал диагнозу лимфома. Наиболее выражена положительная экспрессия CD20, CD23, CD45. Иммуноцитохимически уточнена В-клеточная природа опухоли у 71% больных. Цитологические признаки РМС при исследовании материала ТИАБ выявлены в 77% наблюдений. ИЦХ (9) позволило уточнить тип РМС, что выражалось в позитивной окраске на Desmin, Myf-4. При внутриглазной опухоли цитологически установлено: у 12 больных меланомы с последующей энуклеацией и гистологическим подтверждением диагноза. При ИЦХ внутриглазных меланом в 80% наблюдений отмечена выраженная позитивная реакция на Vimentin, HMB-45 и р Cocktail Melanoma. У 5 больных глаза сохранены, из них в 3 случаях определено метастатическое поражение глаза (1 – аденогенный рак, 2 – метастаз рака молочной железы), у 2 – системное лимфоидное поражение (хронический лейкоз). В 2 случаях метастатическая природа рака молочной железы подтверждена яркой позитивной окраской пан цитокератинов при ИЦХ исследовании.

Комплексное цитологическое и ИЦХ исследование значительно расширило возможности цитологической диагностики. Оно позволило уточнить морфологический вариант лимфоидных опухолей у 71% больных. Сочетание этих методов исследования помогло установить источник метастазирования опухоли. Необходимо дальнейшая разработка наиболее информативных панелей антител, позволяющих при минимальном количестве антител достичь максимальной информативности в условиях ограниченности диагностического материала.

А.А. Тугулукова, Н.Н. Волченко, Е.Н. Славнова. Трудности цитологической диагностики опухолей слюнных желез. ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России, Москва

В практической работе цитолог встречается с определенными трудностями в дифференциальной диагностике опухолей слюнных желез, преодолеть которые позволяет применение иммуноцитохимии и проведение цито-гистологических сопоставлений.

Материал исследования представлен цитологическими препаратами от 217 больных, прооперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу опухолей слюнных желез.

Во всех наблюдениях проведено цито-гистологическое сопоставление. Для определения гистогенеза опухоли 11 (5%) больным потребовалось проведение иммуноцитохимии с использованием антител к общим цитокератам, HMB-45, S-100, melan A, общему лейкоцитарному антигену, CD20, CD3, десмину.

Цито-гистологические сопоставления показали, что достоверность цитологической диагностики опухолей слюнных желез составила 93,55%; ошибочные заключения даны в 6,45% случаев, из которых гипердиагностика рака составила 1,8% (4 больных) и гиподиагностика – 4,65% (10 больных).

Анализ 4 ошибочных заключений по типу гипердиагностики показал, что в 3 случаях цитологически установлен диагноз аденокистозного рака, а гистологически – плеоморфная аденома и в одном случае ацинозноклеточный рак, а гистологически опухоль не подтверждена.

Гиподиагностика составила 4,65% (10 больных). В 7 случаях цитологически установлен диагноз плеоморфной аденомы, а гистологически – аденокистозный рак, в осталь-

ных 3 случаях с цитологическим заключением плеоморфной аденомы, гистологически выявлены ацинозноклеточный рак, мукоэпидермоидный рак и рак из плеоморфной аденомы.

Для проведения дифференциальной диагностики между метастазом меланомы, крупноклеточной лимфомой и недифференцированным раком 11 больным провели иммуноцитохимическое исследование с целью установления гистогенеза опухоли.

В результате у 5 больных обнаружены метастазы меланомы, у 3 – недифференцированный рак, в остальных 3 случаях: В-клеточная крупноклеточная лимфома, аденомиоэпителиома, смешанная опухоль слюнной железы.

Трудности цитологической дифференциальной диагностики чаще возникают при аденокистозном раке и плеоморфной аденоме и ацинозноклеточной опухоли и мономорфной аденоме. Это объясняется схожестью цитологической картины.

Для дифференциальной диагностики рака и неэпителиальных новообразований слюнных желез необходимо применять иммуноцитохимическое исследование, которое в 100% случаев позволяет дать ответ об эпителиальной, либо неэпителиальной природе опухоли.

Е.Н. Фуфаев, Н.С. Болдырева, Н.С. Комачева, Е.Р. Фурдюк, И.И. Сизова, А.О. Кодряну, Е.А. Власова, Н.Р. Полякова.
Возможности цитологической диагностики патологии эндометрия по мазкам шейки матки. Обмен опытом. ГБУЗ ГП № 195 ДЗМ Окружная централизованная цитологическая лаборатория, Москва

В ОЦЦЛ ЗАО Москвы на базе поликлиники № 195 в 2013 г. было обследовано 120 тыс. женщин.

Цель работы – оценить возможности цитологической диагностики патологии эндометрия в мазках с шейки матки.

Задача состояла в том, чтобы выработать цитоморфологические критерии, с учетом клинических данных, по дифференциальной диагностике клеток нормального и патологически измененного эндометриального эпителия, обнаруженных в мазках с шейки матки. В таблице представлены сведения о заболеваемости раком шейки матки и эндометрия в ЗАО Москвы за 2013 г. по выявляемости данной патологии нашей ОЦЦЛ.

Пациентки	Рак шейки матки	Рак эндометрия
Число женщин, поставленных на учет в 2013 г. в онкологическое отделение	87	188
Возраст женщин, годы	55 (32–88)	63 (34–92)
Число женщин, прошедших проф. осмотр в 2013 г. из числа выявленной патологии	35 (40%)	86 (46%)
Количество выявленной патологии в ОЦЦЛ в 2013 г.	30	24
% выявляемости	85,7	27,9

Из таблицы видно, что больше половины женщин, вставших на учет в онкологические отделения в 2013 г., не посещали гинеколога и не проходили профилактический осмотр.

Заболеваемость женщин раком эндометрия в 2 раза выше

по сравнению с раком шейки матки. Выявляемость рака шейки матки составил 85,7%, а рака эндометрия – 27,9%.

При рутинном просмотре препаратов довольно часто мы встречаем в мазках с шейки матки элементы эндометрия (стромальный и эпителиальный компоненты).

Это, по нашему мнению, обусловлено следующими факторами:

1) физиологическим состоянием женщин репродуктивного возраста и связанным с днем менструального цикла (по литературным данным допускается наличие клеток эндометрия до 10 дня менструального цикла);

2) наличием у женщин эндометриоза шейки матки;

3) наличием у женщин старше 40 лет, и у женщин в менопаузе и постменопаузе патологии эндометрия.

При анализе схождений цитологического и гистологического диагнозов по раку эндометрия, при которых цитологические заключения звучали как: "аденокарцинома эндометриального типа", "подозрение на аденокарциному эндометриального типа", "атипическая железистая гиперплазия из клеток сходных с эндометриальным эпителием", выяснились следующие закономерности:

1) возраст женщин – 40 лет и старше;

2) клинические данные (полипы шейки матки и эндометрия, гиперплазия эндометрия, кровянистые выделения в менопаузе и постменопаузе и др.). Иногда клинические данные отсутствуют;

3) сходство цитологической картины: наличие элементов хронического активного воспаления с примесью бесструктурного розоватого вещества, выраженной пролиферации клеток метаплазированного эпителия и наличие, порой единичных в препарате небольших сосочковых структур из клеток эндометриального типа, при этом клеточная атипия часто отсутствует;

4) у женщин в глубокой менопаузе всегда должно настоятельно указывать на наличие элементов хронического активного воспаления и выраженной пролиферации клеток метаплазированного эпителия;

5) у женщин репродуктивного возраста старше 40 лет всегда должно настоятельно указывать на наличие эндометриального эпителия (независимо от дня менструального цикла), часто сходного с эндометриальным эпителием отторгающегося типа и без признаков клеточной атипии. При этом особенно пристально надо оценивать структуры из клеток эндометриального эпителия и наличие или отсутствие стромального компонента.

ВЫВОДЫ

1. Ежегодно необходимо проводить анализ сопоставлений цитологических и гистологических диагнозов не только по раку шейки матки, но и по раку эндометрия.

2. Целесообразно оставлять в архиве препараты с наличием клеток эндометрия у женщин в возрасте 40 лет и старше.

3. Давать цитологические заключения о патологии эндометрия, учитывая все цитоморфологические признаки и клинические данные в предположительной форме, нацеливая гинеколога на дообследование женщины.

4. В сложных для диагностики случаях пересматривать препараты, аналогичные ранее исследованным материалам с известным гистологическим диагнозом, и сравнивать цитологические картины.