

АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЭНДОМЕТРИЯ – ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ю.Ю. Табакман, А.Ю. Костин, Г.Р. Бутенко, А.Г. Солопова

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Основной причиной длительной задержки сроков диагностики и лечения рака эндометрия (РЭ) является традиционный метод диагностики – выскабливание матки, который требует госпитализации, стандартного предоперационного обследования, общего обезболивания. Современной альтернативой является аспирационная биопсия эндометрия, производимая в амбулаторных условиях с помощью миниатюрных инструментов, наиболее известным из которых является «Пайпель» (Pipelle de Cornier). В специализированном гинекологическом кабинете патологии эндометрия Московского онкологического клинического диспансера № 1 аспирационное исследование эндометрия производится систематически в течение многих лет. Так, в период с 1996 по 2000 г. нами произведена аспирационная биопсия эндометрия с помощью «Пайпель» у 510 женщин. Показаниями для проведения исследования были:

- аномальные маточные кровотечения, причина которых не была установлена в результате проведения диагностического выскабливания матки в гинекологических стационарах;
- плановое контрольное обследование больных, у которых ранее была диагностирована комплексная и атипическая гиперплазия эндометрия и проведено гормональное лечение;
- наличие признаков атипии железистого эпителия, выявленное при профилактическом цитологическом исследовании женщин, у которых нет видимых патологических изменений на шейке матки;
- утолщение эндометрия, выявленное при УЗИ у женщин, принимающих ЗГТ, тамоксифен, или при обследовании в связи с миомой матки, кистами яичников, эндометриозом;
- как альтернатива диагностическому выскабливанию при соответствующих симптомах.

Возрастной состав больных – 25–76 лет. Содержимое аспирата мы подвергали гистологическому и цитологическому исследованию. Поэтому при анализе результатов нас в первую очередь интересовал

сам факт наличия в аспирате материала, пригодного для гистологического и цитологического исследования. У 38 из 510 больных ранее (за 1–3 мес до обследования в кабинете патологии эндометрия) была попытка проведения диагностического выскабливания матки в гинекологическом стационаре, но материал из полости матки не был получен. Нами при проведении исследования была установлена у этих больных резкая рубцовая деформация цервикального канала или стеноз наружного или внутреннего зева. С помощью тонких хирургических зондов нам удалось устранить эти препятствия и осуществить аспирационное исследование эндометрия. У 6 больных аспирационное исследование оказалось технически не выполнимым из-за полной облитерации цервикального канала. Показанием для проведения исследования у этих больных было расширение полости матки за счет жидкости, выявленное при ультразвуковом исследовании. Патологических выделений из половых путей у них не было.

Материал считали информативным, то есть пригодным для гистологического исследования, если в заключении патоморфолога были названы структуры эндометрия: железы, строма, признаки физиологических фаз цикла, простая или атипическая гиперплазия и степени ее тяжести (легкая, тяжелая), структуры полипа, дегенеративные, воспалительные изменения. Материал считали информативным при проведении цитологического исследования, если в заключении было указано, что в препарате имеется эндометриальный эпителий, и описана его характеристика – мономорфный, с признаками пролиферации или секреции, деструкции, атипии и ее степени, подозрение на рак или картина рака без сомнения.

Из 194 больных в возрасте до 50 лет включительно у 125 (64,4 %) материал аспирата оказался информативным и при гистологическом, и при цитологическом исследовании, у 45 (23,2 %) больных – информативным при гистологическом, но не информативным при цитологическом исследовании, у 16 (8,2 %) – ин-

Таблица 1

Общая оценка качества аспирационного материала для выполнения гистологического (Г) и цитологического (Ц) исследования

Информативность аспирата	Возраст больных		Всего больных (n=510)
	До 50 лет (n=194)	Старше 50 лет (n=316)	
Для гисто- и цитологического исследования	125 (64,4 %)	220 (69,6 %)	345 (67,6 %)
Для гистологического исследования	45 (23,2 %)	12 (3,8 %)	57 (11,2 %)
Для цитологического исследования	16 (8,2 %)	71 (22,5 %)	87 (17,0 %)
Неинформативный материал	8 (4,1 %)	13 (4,1 %)	21 (4,1 %)

формативным при цитологическом, но не информативным при гистологическом исследовании, у 8 (4,1 %) – не информативным ни при гистологическом, ни при цитологическом исследовании (табл. 1).

У больных старше 50 лет результаты аспирационного исследования отличались тем, что относительно больший вклад давало цитологическое исследование. Так, из 316 больных материал аспирата оказался информативным только при цитологическом исследовании у 71 (22,5 %). В сумме же аспирационное исследование позволило получить информативные результаты у 489 из 510 больных (95,9 %). У 57 больных в цитологических препаратах не было обнаружено клеток эндометриального эпителия либо они плохо просматривались на фоне эритроцитов, слизи, бесструктурных масс. Все это – дефекты приготовления цитологических препаратов и недостатки техники получения аспирата. Некоторые из этих недостатков можно избежать. В частности, предметные стекла должны быть тщательно обезжирены, при наличии в полости матки серозной жидкости, гноя, крови следует их, по возможности, полностью удалить и только после этого получить материал для цитологического исследования. Чтобы отделить клеточную массу от избыточного количества слизи, нужно поместить материал в пробирку с физиологическим раствором и затем провести центрифугирование. При этом слизь всплывает, а клетки остаются в осадке. Надосадочная жидкость сливается, а из осадка готовятся цитологические препараты. Избыток жидкости на предметном стекле удаляется фильтровальной бумагой. Также обрабатывается смыв из полости матки. Если при «сухом» аспирате материала оказывается не до-

статочно для приготовления препарата, целесообразно получить смыв. Для этого полость матки промывается 8–10 мл физиологического раствора с помощью 2-канального катетера, что позволяет избежать повышения давления в матке и попадания содержимого полости матки в маточные трубы. Понятно, что это – мера профилактики распространения рака. Если смыв производится одноканальным катетером, то в полость матки вводится 1,5–2 мл жидкости и сразу же производится аспирация. Нередко смыв оказывается информативнее «сухого» аспирата.

Понятно, что гистологический диагноз полнее и убедительнее, чем цитологический, если изменения имеют доброкачественный характер. Например, при полипе в цитологическом препарате могут быть обнаружены признаки пролиферации эндометриального эпителия, часто с формированием сосочковых структур, а при гистологическом исследовании описывается конкретно структура фрагмента полипа. И это важно для дальнейшей тактики. Полип следует удалить с помощью гистероскопии. Если же цитологические признаки пролиферации совпадают с гистологическим диагнозом простой гиперплазии, возможно консервативное лечение.

Убедительные признаки рака по данным цитологического и гистологического исследований в равной степени являются показанием для хирургического лечения. Чаще результаты гистологического и цитологического исследований совпадают, но и наличия только одного из них достаточно для диагноза.

Из 510 обследованных рак эндометрия выявлен у 87 (17,1 %) больных, атипическая гиперплазия – у 76 (17,8 %) больных (табл. 2). У 40 (45,9 %) из 87 больных

убедительные признаки РЭ были установлены как при гистологическом, так и цитологическом исследовании, у 18 (20,7 %) – только при гистологическом, в то время как в цитологических препаратах материал был представлен железистым эпителием в состоянии пролиферации или только слизью, эритроцитами, бесструктурными массами. У 10 (11,5 %) больных убедительный диагноз РЭ установлен только при цитологическом исследовании, а в гистологических препаратах у этих больных материал аспирата содержал обрывки атрофичного эндометрия, либо фрагменты полипов, либо некротические массы, слизь, фибрин. У 17 (19,5 %) больных гистологическая картина РЭ не вызывала сомнения, а по цитологическому препарату можно было лишь заподозрить рак, так как атипия железистого эпителия была выражена не резко. У 2 (2,3 %) больных цитологическая картина соответствовала раку, а гистологический диагноз был «атипическая гиперплазия». Таким образом, если бы материал аспирата был подвергнут только гистологическому исследованию, то РЭ был бы диагностирован у 77 (88,5 %) больных, а при совместном использовании гистологического и цитологического исследований рак был выявлен у всех 87 больных.

Из 510 больных атипическая гиперплазия диагностирована у 91 (17,8 %). В это число включены больные с атипической гиперплазией легкой, средней и тяжелой степени, то есть по классификации ВОЗ (1994) –

это больные с комплексной и атипической гиперплазией. В 16 случаях гистологический диагноз формулировался как тяжелая атипическая гиперплазия, а в цитологических препаратах имелась картина пролиферирующего эндометриального эпителия с выраженными признаками атипии. У 29 больных в цитологических препаратах была установлена выраженная атипия железистого эпителия, а в гистологических – только обрывки эндометриальных желез, кровь, слизь. Окончательный диагноз АГЭ был установлен при последующей гистероскопии и прицельной биопсии эндометрия. У 31 больной при гистологическом исследовании диагностирована атипическая гиперплазия (легкая и средняя степень аденоматозных изменений – 22 больные, тяжелая атипическая гиперплазия – 9 больных), в то время как при цитологическом исследовании признаков атипии не установлено. У 7 больных в аспирате при гистологическом и цитологическом исследовании обнаружен плоскоклеточный рак, а при последующем обследовании подтвержден диагноз эндофитного рака шейки матки. Информативность аспирационного исследования при АГЭ, как и при РЭ, существенно возрастает, если материал аспирата подвергается гистологическому и цитологическому исследованию. При этом важное значение имеет техника получения аспирата и его последующей обработки для приготовления микропрепаратов хорошего качества.

Таблица 2

Результаты аспирационного гистологического и цитологического исследований у больных раком и атипической гиперплазией эндометрия

Результаты исследования	Рак эндометрия (n=87)	Атипическая гиперплазия (n=91)	Всего (n=178)
Г+, Ц+	40 (45,9 %)	16 (17,6 %)	56 (31,5 %)
Г+, Ц-	18 (20,7 %)	31 (34,1 %)	49 (27,5 %)
Г-, Ц+	10 (11,5 %)	29 (31,8 %)	39 (21,9 %)
Г+, Ц±	17 (19,5 %)	–	17 (9,5 %)
Г±, Ц+	2 (2,3 %)	–	2 (1,1 %)
Г-, Ц-	0	15 (16,5 %)*	15 (8,4 %)

Примечания: Г+ – убедительный гистологический диагноз РЭ или АГЭ; Г- – диагноз РЭ или АГЭ не установлен при гистологическом исследовании; Г± – подозрение на РЭ; Ц+ – цитологические признаки РЭ или АГЭ; Ц- – нет цитологических признаков РЭ или АГЭ; Ц± – подозрение на РЭ; * – нет признаков атипии при цитологическом исследовании, диагноз АГЭ (включая комплексную без атипии) был установлен при последующей биопсии эндометрия под контролем гистероскопии.

Несмотря на высокую информативность аспирационного исследования эндометрия, нельзя полностью исключить рак и предрак эндометрия, если данные гистологического и цитологического исследования характерны для доброкачественного процесса. Поэтому положительные в отношении рака и АГ данные являются основанием для соответствующих

лечебных мероприятий, а отрицательные результаты диктуют необходимость дальнейшего обследования больных при наличии у них клинических симптомов. В комплекс обследования входят – гистероскопия с прицельной биопсией, повторное проведение УЗИ и аспирационного исследования в ходе динамического наблюдения.