

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Разрешено Минздравом Республики
Беларусь для практического использования

И.о. министра здравоохранения

 Л.А. Постоялко

16 июля 2002 г.

Регистрационный № 27-0102

**ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТЕЛА МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕШАЮЩЕГО ПРАВИЛА**

Учреждение-разработчик: ГУ «НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: д-р мед. наук, проф. Л.Б. Ключина, О.А. Ерохина, О.О. Кохановская, М.Н. Урбанович,
А.А. Поплевко

[Перейти к оглавлению](#)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Гистологическая классификация опухолей и сопутствующих поражений тела матки	4
Описание цитограмм некоторых заболеваний тела матки	9
Дифференциальная диагностика ГЭ и РЭ с помощью экспертной системы	12
Решающее правило дифференциальной диагностики РЭ и ГЭ	13
Описание признаков решающего правила	14
Практическое применение решающего правила	15
Решающее правило дифференциальной диагностики РЭ и ГЭ	16
Решающее правило дифференциальной диагностики РЭ и ГЭ	17

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы во многих странах отмечается рост заболеваемости раком эндометрия (РЭ) (Максимов С.Я. и соавт., 1996; Ng A.V. et al., 1995; Ishii Y. et al., 1997). В Республике Беларусь показатель заболеваемости раком тела матки (РТМ) вырос с 13,9 в 1988 г. до 20,3 в 2000 г. В связи с этим особую актуальность приобрел вопрос о применении цитологического метода для выявления ранних форм РТМ. С этой целью рядом авторов рекомендовано проводить исследование аспирата полости матки у всех женщин старше 40 лет и в обязательном порядке у женщин с нарушением менструального цикла и увеличенной в размерах маткой. Такой подход позволяет выявлять бессимптомно протекающие формы РЭ или самые начальные этапы малигнизации эпителия эндометрия, лечение которых существенно улучшает пятилетнюю выживаемость больных РЭ (Блинов Н.Н., Кожевников С.Ю., 1990; Пучков Ю.Г. и соавт., 1985; Patten S.F. et al., 1993; Ishii Y. et al., 1997).

В литературе недостаточно полно освещены вопросы уточняющей и дифференциальной цитологической диагностики некоторых поражений тела матки. Выполненные рядом авторов исследования не позволили выделить надежные дифференциально-диагностические критерии, с помощью которых цитолог может отличить простую гиперплазию эндометрия от атипической и атипическую гиперплазию от рака эндометрия. Отмечено, что наиболее сложна цитологическая идентификация формы атипической гиперплазии эндометрия с преобладанием структурных изменений желез над клеточными (Новик В.И., 1990; Черемных А.А., Ермолова Т.П., 1984; Kendall B.S. et al., 1988; Silverberg S.G. et al., 1991; Ishii Y. et al., 1998). Заметим, что имеющиеся публикации, особенно иностранных авторов, не всегда доступны практикующим врачам цитологических лабораторий, что не способствует росту их профессиональной квалификации и развитию цитологической диагностики онкогинекологических заболеваний. Все это снижает ценность цитологического исследования и уменьшает вероятность выявления ранних форм РТМ.

В улучшении научной организации труда врача весьма важную роль играет совершенствование методов обработки медицинской информации. Применение вычислительной техники и математических методов позволяет усовершенствовать диагностический процесс: эти методы дают возможность создать базу данных, разработать алгоритм обследования, выявить наиболее значимые критерии диагностики и прогноза заболевания. Исследования, проведенные отдельными коллективами врачей и математиков, показали, что применение математических и компьютерных методов для распознавания патологических процессов делает диагностику более своевременной и точной (Кондратьева Т.Т., 1992; Логинова Е.А., 1992; Prodromos H. et al., 1992; Irie S. et al., 1998).

Клиническая цитология является ветвью онкоморфологии. Следовательно, интерпретация клеточного материала будет грамотной и полноценной, если врач-цитолог знаком с гистологической картиной исследуемого патологического очага, использует эти знания в трактовке клеточного материала мазка, стремясь приблизить цитологический диагноз к гистологическому. В связи с этим приводим гистологическую классификацию опухолей и сопутствующих поражений тела матки, рекомендованную Всемирной организацией здравоохранения (2-е изд., ВОЗ, 1994).

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ ТЕЛА МАТКИ

Эпителиальные опухоли и сопутствующие поражения:

1. Гиперплазия эндометрия.
 - 1.2. Простая.
 - 1.3. Сложная (аденоматозная).
2. Атипичная гиперплазия эндометрия.
 - 2.1. Простая.
 - 2.2. Сложная (аденоматозная с атипией).
3. Полип эндометрия.
4. Рак эндометрия.
 - 4.1. Эндометриоидный.
 - 4.1.1. Аденокарцинома.
 - 4.1.1.1. Секретирующая.
 - 4.1.1.2. Реснитчато-клеточная.

- 4.1.2. Аденокарцинома с плоскоклеточной дифференцировкой (аденоакантома, железисто-плоскоклеточный рак).
- 4.2. Серозная аденокарцинома.
- 4.3. Светлоклеточная аденокарцинома.
- 4.4. Муцинозная аденокарцинома.
- 4.5. Плоскоклеточный рак.
- 4.6. Смешанный рак.
- 4.7. Недифференцированный рак.

Согласно предложенным критериям, *гиперплазия эндометрия* (ГЭ) расценивается как доброкачественная пролиферация эндометрия, характеризующаяся увеличением числа морфологически измененных эндометриальных желез без клеточной атипии. При гистологическом исследовании *простой ГЭ* (прежнее название «кистозная» или «слабая») отмечают утолщение слизистой оболочки за счет разрастания железистого и стромального компонента. Число желез увеличено, они имеют различную величину и форму, распределены в строме неравномерно. При простой ГЭ увеличивается объем как эпителиального, так и стромального компонента, но рост железистого компонента выражен несколько больше, чем стромального. При этом пролиферирующие железы могут быть кистозно расширены, иметь неправильную форму и большие размеры, но они всё еще разделены достаточно обильной стромой (рис. 1). Выстилающие железы клетки высокопризматической формы, с веретеновидными или округлыми ядрами. Хроматин тонкодисперсный или гранулированный. Ядрышки незаметные. Митотическая активность незначительна как в железистом, так и стромальном компоненте. Строма клеточная и хорошо васкуляризирована, с мономорфными округло-овальными стромальными клетками. Отек и фиброз стромы обычно отсутствуют (рис. 2).

Цитологическая диагностика заболеваний тела матки с использованием решающего правила

При сложной ГЭ (прежнее название «умеренная» или «аденоматозная») железы более тесно прилегают друг к другу, располагаются скученно, в силу чего количество стромы между ними уменьшается. Архитектура желез усложняется, появляются множественные боковые выросты (рис. 3). В железах наблюдается многорядность, но ядра все еще мономорфные по размеру и форме, полярность их не нарушена, клеточные оси перпендикулярны к базальной мембране. Митотическая активность различна, микроядрышки чаще сомнительны. Стромальный компонент менее выражен, чем при простой гиперплазии. Клетки стромы приобретают более веретеновидную форму, что обусловлено их сдавливанием смежными железами (рис. 4). Фиброз и некроз, которые являются важным диагностическим признаком высокодифференцированной аденокарциномы, отсутствуют.

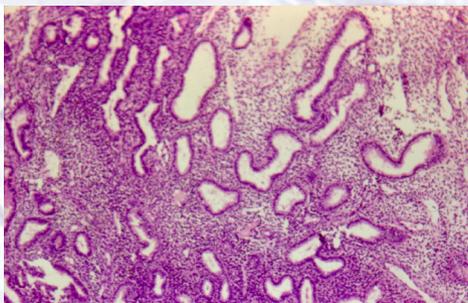


Рис. 1. Простая гиперплазия эндометрия ($\times 10$)

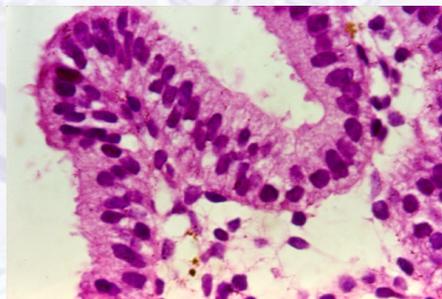


Рис. 2. Простая гиперплазия эндометрия ($\times 100$)

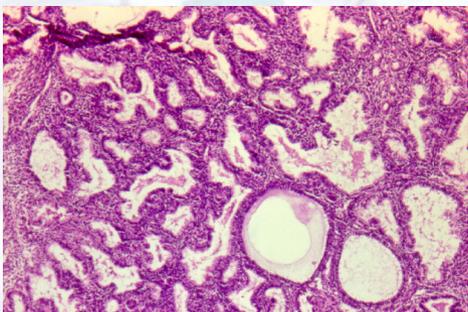


Рис. 3. Сложная гиперплазия эндометрия ($\times 10$)

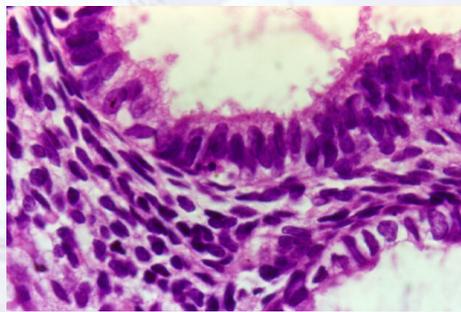


Рис. 4. Сложная гиперплазия эндометрия ($\times 100$)

Двумя главными признаками отличия сложной гиперплазии от простой являются повышение сложности строения желез и увеличение плотности их расположения.

Атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) — это доброкачественная пролиферация, характеризующаяся повышенной плотностью морфологически измененных желез эндометрия с клеточной атипией. АГЭ также подразделяется на простую и сложную. Атипия обычно носит очаговый характер, железы с признаками клеточной атипии прилегают к гиперплазированным железам без атипии. В некоторых случаях железы с клеточной атипией располагаются достаточно рыхло, форма их относительно правильная, выражен стромальный компонент. Такие случаи относят к *простой АГЭ*.

В большинстве случаев *АГЭ сложная*, с тесно прилегающими друг к другу, но все же разделенными стромой железами. Даже при появлении желез, располагающихся «спинка к спинке», каждая железа имеет базальную мембрану с узким ободком стромы, отделяющую ее от соседней железы. Клетки атипичных гиперплазированных желез увеличены в размере, полярность их нарушена. Ядерно-цитоплазматическое отношение (ЯЦО) возрастает. Ядра крупные, полиморфные по размерам и форме. Многие из них постепенно приобретают округлую форму. Ядерный контур неровный, мембрана утолщена. Ядра как бы просветленные, на фоне светлого хроматина видны ядрышки (рис. 5). Многорядность слабо выражена. Цитоплазма атипичных железистых клеток без существенных изменений: обильная, эозинофильная. Митотическая активность также изменчива и не является надежным диагностическим критерием. Внешний вид стромы изменяется в зависимости от типа атипической гиперплазии (простой или сложной), но стромальных признаков, специфичных для атипической гиперплазии, не наблюдается.

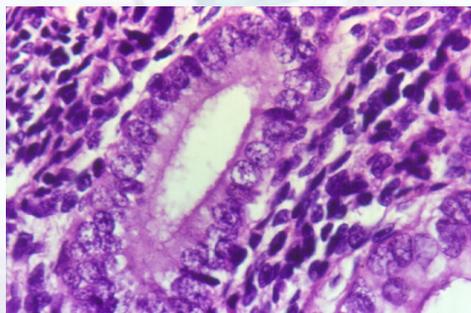


Рис. 5. Атипическая гиперплазия эндометрия ($\times 100$)

Цитологическая диагностика заболеваний тела матки с использованием решающего правила

Согласно литературным данным, ГЭ представляет собой продолжительный спектр пролиферативной болезни, выраженность которой морфологически и клинически постепенно нарастает и прогрессирует из простой в сложную, от гиперплазии без клеточной атипии к атипической. Многие авторы предполагают, что происходит постепенная трансформация сложной гиперплазии в очаговую высокодифференцированную аденокарциному эндометриоидного типа, вследствие чего в большинстве случаев их трудно дифференцировать. Рекомендации отдельных исследователей ввести термин «аденокарцинома *in situ*» для дифференциальной диагностики вышеупомянутых состояний не получили поддержки.

ОПИСАНИЕ ЦИТОГРАММ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕЛА МАТКИ

При цитологическом исследовании аспирата полости матки установить подвид ГЭ не представляется возможным из-за отсутствия в цитограмме структурных признаков. При наличии клинических данных и соответствующей картины мазка цитолог может лишь констатировать наличие гиперпластических изменений.

Клеточность мазков при ГЭ, как правило, высокая. Фон препарата представлен «голыми» ядрами эпителиального и стромального генеза. Часто можно видеть фрагменты стромы и сосудов (так называемый сосудисто-стромальный компонент (ССК)) в сочетании с эпителиальными клетками (рис. 6). Характерным признаком гиперплазии является расположение клеток в пластах папиллярной формы или в виде железистых трубочек (рис. 7). Внутри некоторых папиллярных структур просматривается стромальная основа и/или капилляр. Описанные пласты по форме могут иметь как относительно ровные контуры (так называемые простые пласты) (рис. 8), так и быть неправильной формы, с ответвлениями и выпячиваниями (т. е. сложные) (рис. 9). Размеры пластов различные: от небольших до гигантских.

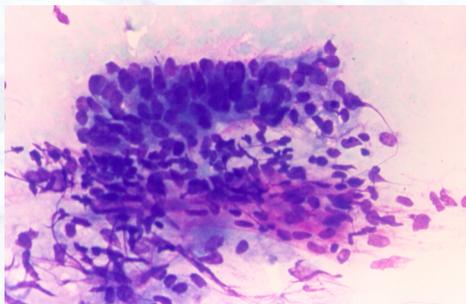


Рис. 6. Гиперплазия эндометрия (× 40). Цитограмма

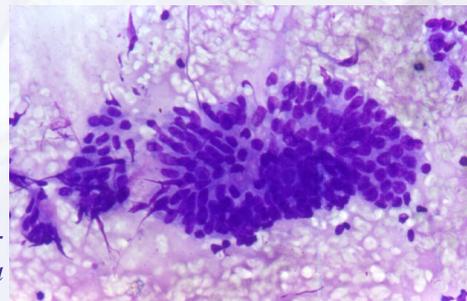


Рис. 7. Гиперплазия эндометрия (× 40). Цитограмма

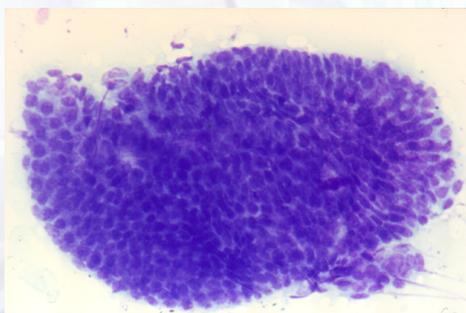
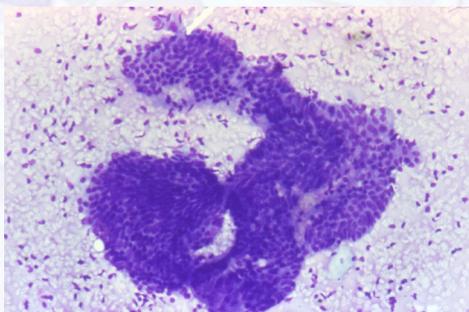


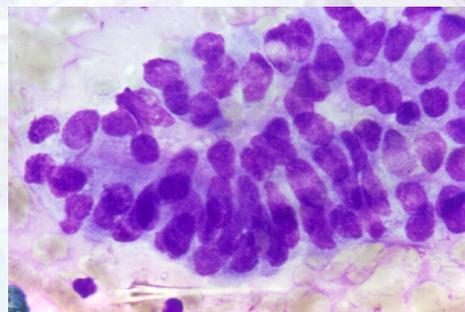
Рис. 8. Гиперплазия эндометрия (× 40). Цитограмма

Цитологическая диагностика заболеваний тела матки с использованием решающего правила

Важным признаком гиперпластического процесса служит компактное расположение клеток в группировках, их ядра тесно прилегают друг к другу, как бы «толпятся», создавая эффект многоядия, который лучше визуализируется в боковой проекции клеток по краю пластов или в небольших группах клеток. При этом полярность в структурах сохраняется, т. е. призматический эпителий ориентирован перпендикулярно к оси железы (рис. 10). Клетки в пластах достаточно мноморфны и имеют призматическую форму, размеры их не изменены или чуть увеличены. Цитоплазма базофильная, иногда мелко вакуолизированная. ЯЦО в диапазоне от 0,3 до 0,6. Форма ядер от округлой до эллипсоидной, удлинённой, что особенно хорошо заметно в боковой проекции. Ядерная мембрана ровная и сливается с ядерным веществом. Хроматин насыщенный, нормо- или незначительно гиперхромный, как правило, зернистый, гранулярный, реже глыбчатый или петлистый, но остается равномерно распределенным. Ядрышки округлые, мелкие, чаще сомнительные. Изредка можно видеть митозы. Железистые структуры с явлениями гиперплазии в цитограмме встречаются наряду с неизмененным, реактивным и пролиферирующим эпителием в различных соотношениях.



*Рис. 9. Гиперплазия эндометрия
(× 20). Цитограмма*



*Рис. 10. Гиперплазия эндометрия
(× 100). Цитограмма*

Цитологическая диагностика заболеваний тела матки с использованием решающего правила

В цитологическом препарате при АГЭ наряду с пластами клеток и явлениями гиперплазии появляются группы клеток с округлыми и неправильной формы ядрами, увеличенными в размерах. Хроматин в них достаточно светлый и на малом увеличении имеет признаки реактивных и дистрофических изменений (рис. 11). Однако при изучении клеток под иммерсией четко видно, что хроматин сохранный, грубозернистый, иногда петлистый и даже перераспределенный, а ядерная мембрана на некоторых участках утолщена, узурирована. Ядрышки, как правило, отсутствуют. Вследствие нарушения полярности отчетливо просматривается хаотичное расположение клеток в некоторых группах. Описанные структуры могут являться частью пласта клеток с явлением гиперплазии без атипии.

Помимо вышеописанных клеточных элементов в препаратах могут выявляться фрагменты гиперплазированных желез, в которых часть клеток имеет полиморфные ядра удлиненной формы. Ядерный хроматин гиперхромный, структура его грубозернистая, глыбчатая. В этих группировках могут встречаться митозы. И хотя признаки клеточной и ядерной атипии в них не столь значительны, они выделяются резким нарушением полярности, что также позволяет отнести данные структуры к АГЭ (рис. 12).

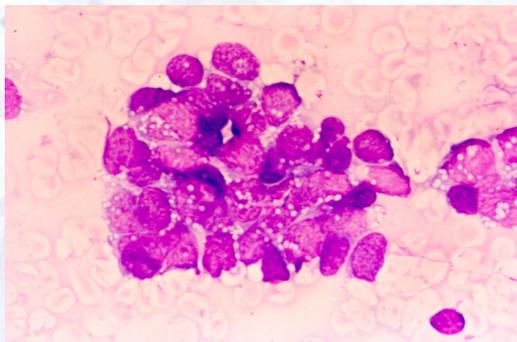


Рис. 11. Атипичная гиперплазия эндометрия (× 100). Цитограмма

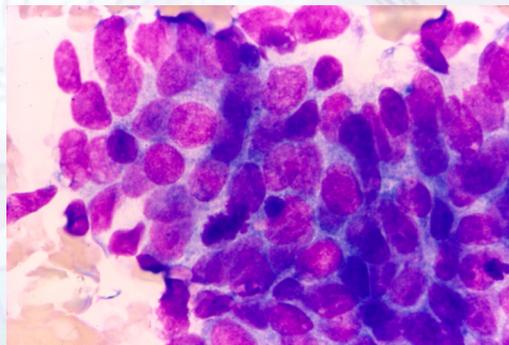


Рис. 12. Атипичная гиперплазия эндометрия (× 100). Цитограмма

При аденокарциноме фон препарата представлен эритроцитами, бесструктурным веществом, элементами воспаления, реже присутствует опухолевый диатез. В большинстве случаев мазки содержат немногочисленные тяжи и фрагменты стромы, иногда изолированно лежащие сосуды и капилляры.

Основная масса клеточных элементов имеет папиллярную или ацинарную структуру. В некоторых случаях, только при раке, обнаруживаются группы клеток в виде объемных трехмерных образований. Для аденокарциномы характерно нарушение полярности, полиморфизм клеток по величине и форме. В цитограмме преобладают увеличенные в размере опухолевые клетки, появляются крупные и даже гигантские клеточные элементы.

Цитоплазма в основной массе опухолевых клеток базофильная, ЯЦО составляет 0,5–0,7 и выше. В некоторых случаях выражена вакуолизация цитоплазмы. При тщательном изучении цитограммы в отдельных клетках определяется неровная и утолщенная ядерная мембрана. Ядерный хроматин в основном зернистый, реже грубозернистый, но в части клеток он глыбчатый и даже петлистый. На фоне преобладающих нормохромных клеток имеют место клетки с избытком ядерного вещества, зачастую хроматин распределен неравномерно. В значительной части опухолевых клеток ядрышки отсутствуют или сомнительные. Число митозов, в том числе патологических, увеличено.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЭ И РЭ С ПОМОЩЬЮ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ

С целью проведения дифференциальной цитологической диагностики РЭ и железистой ГЭ применена компьютерная обработка данных с созданием экспертной системы. Экспертная система построена с использованием вероятностного подхода. Ее основу составляет диагностическая таблица, применение которой по определенным правилам позволяет проводить дифференциальную диагностику. В основе метода лежит использование формулы Байеса с вычислением вероятностей по комплексу независимых или зависимых признаков.

Детальное изучение цитограмм аспиратов эндометрия дало возможность выявить 93 цитоморфологических признака, каждый из которых включает диапазон изменений от 0 до 3:

- 0 — признак в цитограмме отсутствует;
- 1 — признак выражен слабо;
- 2 — признак выражен умеренно;
- 3 — признак резко выражен.

Цитологическая диагностика заболеваний тела матки с использованием решающего правила

Для составления диагностической таблицы выбран комплекс из 12 признаков. Отбор признаков производился по степени значимости цитологических критериев для дифференциальной диагностики гиперплазии и аденокарциномы с учетом базы данных математической и статистической обработки. В таблице признаки расположены в порядке уменьшения их информативности (см. табл.).

С помощью математического анализа были определены диагностические коэффициенты (ДК) для каждого признака и его градации: ДК0, ДК1, ДК2, ДК3. Далее математически были установлены числовые значения диагностических порогов для РЭ и ГЭ. Последние вычисляются исходя из заранее выбранного допустимого уровня диагностических ошибок, как правило, один из порогов со знаком «+», другой со знаком «-». В нашем случае пороговый ДК для РЭ составил «+195» ($DK_{п}(РЭ) = +195$), пороговый диагностический коэффициент для ГЭ — «-100» ($DK_{п}(ГЭ) = -100$).

Решающее правило дифференциальной диагностики РЭ и ГЭ

Ф.И.О. _____ возраст ____ аспирант из полости матки № _____

Клинический диагноз _____

№ п/п	Название признака	ДК0	ДК1	ДК2	ДК3	Значение признака	ДК	Сумма
1.	Нарушение полярности ядер (клеток) в структурах	-83	-7	129	159			
2.	Многорядие	126	-61	-36	-50			
3.	Форма ядра неправильная	-63	41	149	157			
4.	Форма ядрышек неправильная	-31	80	98	208			
5.	Макроядрышки	-28	64	127	191			
6.	ЯЦО свыше 0,7	-24	61	100	203			
7.	Ядерная мембрана неровная	-43	0	82	135			
8.	Опухолевый диатез	-23	134	-	-			
9.	Пласты гигантских размеров	57	-33	-50	-104			
10.	Форма пластов сложная с ССК	55	-12	-76	-50			
11.	Хроматин петлистый	-32	39	65	58			
12.	Структуры в виде трехмерных шаров	-15	91	100	140			

$$DK_{п}(РЭ) = +195, DK_{п}(ГЭ) = -100$$

Описание признаков решающего правила

1. При нарушении полярности клетки в структурах теряют правильную ориентацию по отношению к базальной мембране, располагаются хаотично. Ядра также находятся на разных уровнях, беспорядочно. Степень выраженности данного признака оценивается следующим образом: 0 — признак отсутствует, 1 — до 25% клеток эпителия цитограммы содержат данный признак, 2 — в 25–50% клеток цитограммы признак имеет место, 3 — большая половина эпителиального клеточного состава цитограммы содержит данный признак.

2. Многорядие характерно для папиллярных структур. При этом ядра в структурах располагаются палисадообразно, а толщина пласта — более одной клетки. Количественно данный признак оценивается так же, как и в предыдущем случае.

3. Неправильной считается любая форма ядра за исключением округло-овальной, призматической, эллипсоидной и палочковидной. Количественно этот признак оценивается также по четырехбалльной системе.

4. Наличие ядрышек неправильной формы оценивают аналогичным образом.

5. За макроядрышки принимают увеличенные в объеме нуклеолы ($d \sim 2$ мкм).

6. Учитывается число клеток с ЯЦО свыше 0,7, причем данный признак оценивают только в боковой проекции сохранных клеток.

7. Неровная ядерная мембрана учитывается лишь в клетках с четким ядерным контуром. Признак также оценивается по четырехбалльной системе.

8. Опухолевый диатез — признак, который чаще встречается при РЭ и характеризует фон препарата. Данное понятие включает в себя обязательное наличие смеси элементов воспаления (лейкоциты, лимфоциты, гистиоциты, макрофаги), бесструктурного вещества и клеточного детрита. Данный признак оценивается по двухбалльной шкале: 0 — опухолевый диатез отсутствует, 1 — присутствует. Соответственно вычислены и ДК.

9. Гигантскими считаются пласты клеток, размер которых по наибольшему длиннику при иммерсионном увеличении составляет более 7 полей зрения. Количественную оценку производят по четырехбалльной системе.

10. К пластам сложной формы относят пласты с неправильными очертаниями, имеющими выпячивания и изгибы. Внутри пласта, как правило, четко прослеживается ССК. Степень выраженности данного признака определяют так же, как и предыдущего.

11. Аналогичным образом оценивают процентное количество клеток с петливой структурой хроматина.

12. Структуры в виде трехмерных шаров представляют собой небольшие группы клеток (5–7) с эксцентрично расположенным ядром и обильной цитоплазмой, часто в виде большой вакуоли. Эти объемные образования высокоспецифичны для аденокарциномы, но встречаются в небольшом числе. Их количество в цитограмме оценивается по четырехбалльной системе.

Практическое применение решающего правила

Решающее правило (РП) может быть использовано, если цитограмма содержит адекватный для исследования клеточный материал: достаточный по количеству и сохранный. При отсутствии в мазках пригодного для микроскопии материала цитолог дает описательный ответ и не применяет РП.

Тщательно изучив цитограмму в целом, цитолог оценивает степень выраженности признаков (0, 1, 2 или 3), перечисленных в диагностической таблице, и заносит числовое значение в графу «значение признака». В графе «ДК» проставляет соответствующее математическое выражение значения признака, т. е. ДК0, ДК1, ДК2 или ДК3. В последнем столбце «сумма» суммирует полученные значения ДК по каждому признаку с учетом знака «+» или «-».

По окончании диагностической процедуры для получения математического заключения оценивается числовое значение в последней строчке графы «сумма». Если полученная сумма больше или равна пороговому ДК РЭ «+195», то предпочтителен диагноз РЭ, если же она меньше или равна пороговому ДК ГЭ «-100», то выносят решение о ГЭ. Если ни один из порогов не достигнут и полученная сумма находится в пределах от «-99» до «+194», имеющаяся диагностическая информация недостаточна для постановки диагноза с намеченным уровнем надежности. Такой ответ называют «неопределенным».

Решающее правило дифференциальной диагностики РЭ и ГЭФ.И.О. Х.С.М. возраст: 72 аспират из полости матки № 14327/00Клинический диагноз: Рак тела матки

№	Название признака	ДК 0	ДК1	ДК2	ДК3	Значение признака	ДК	Сумма
1.	Нарушение полярности ядер (клеток) в структурах	-83	-7	129	159	2	129	
2.	Многорядие	126	-61	-36	-50	2	-36	93
3.	Форма ядра неправильная	-63	41	149	157	2	149	242
4.	Форма ядрышек неправильная	-31	80	98	208	0	-31	211
5.	Макроядрышки	-28	64	127	191	0	-28	183
6.	ЯЦО свыше 0,7	-24	61	100	203	3	203	386
7.	Ядерная мембрана неровная	-43	0	82	135	2	82	468
8.	Опухолевый диатез	-23	134	-	-	1	124	602
9.	Пласты гигантских размеров	57	-33	-50	-104	2	-50	552
10.	Форма пластов сложная с ССК	55	-12	-76	-50	2	-76	476
11.	Хроматин петлистый	-32	39	65	58	0	-32	444
12.	Структуры в виде трехмерных шаров	-15	91	100	140	0	-15	429

$$ДК_{п} (РЭ) = +195, ДК_{п} (ГЭ) = -100$$

При использовании РП на 3-м шаге сумма ДК (242) превысила пороговый коэффициент «+195» и к 12-му шагу составила 429, что свидетельствует в пользу РЭ. По цитограмме данной больной было дано заключение «картина аденогенного рака», что подтвердилось при гистологическом исследовании операционного материала.

Решающее правило дифференциальной диагностики РЭ и ГЭФ.И.О. Л.А.Л. возраст: 59 аспират из полости матки № 5218/01Клинический диагноз: Рак тела матки

№ п/п	Название признака	ДК0	ДК1	ДК2	ДК3	Значение признака	ДК	Сумма
1.	Нарушение полярности ядер (клеток) в структурах	-83	-7	129	159	0	-83	
2.	Многорядие	126	-61	-36	-50	1	-61	-144
3.	Форма ядра неправильная	-63	41	149	157	1	41	-103
4.	Форма ядрышек неправильная	-31	80	98	208	0	-31	-134
5.	Макроядрышки	-28	64	127	191	0	-28	-162
6.	ЯЦО свыше 0,7	-24	61	100	203	1	61	-101
7.	Ядерная мембрана неровная	-43	0	82	135	1	0	-101
8.	Опухолевый диатез	-23	134	-	-	0	-23	-124
9.	Пласты гигантских размеров	57	-33	-50	-104	1	-33	-157
10.	Форма пластов сложная с ССК	55	-12	-76	-50	1	-12	-169
11.	Хроматин петлистый	-32	39	65	58	1	39	-130
12.	Структуры в виде трехмерных шаров	-15	91	100	140	0	-15	-145

$$ДК_{п} (РЭ) = +195, ДК_{п} (ГЭ) = -100$$

По цитограмме данной больной было дано заключение «признаки гиперплазии в единичных группах и пластах клеток». На 2-м шаге сумма ДК (-144) превысила пороговый коэффициент «-100» и к 12-му шагу составила «-145», что свидетельствует в пользу ГЭ. При гистологическом исследовании данный диагноз подтвердился.

Цитологическая диагностика заболеваний тела матки с использованием решающего правила

Таким образом, ответ, полученный при заполнении диагностической таблицы, способствует проведению дифференциальной диагностики между ГЭ и РЭ и принятию правильного решения. В сложных диагностических случаях применение РП может оказаться особенно полезным, однако следует помнить, что окончательное суждение о характере патологии выносит врач, подписывающий цитологическое заключение.