

Л. М. САРКИСЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА

Цитологическая картина рака щитовидной железы хорошо изучена. Однако вопросу цитологической диагностики заболеваний щитовидной железы посвящено сравнительно мало работ.

Мы поставили перед собой задачу изучить цитологические особенности клеток и характерный клеточный состав, обнаруживаемый при различных гистологических формах зоба.

Нами изучены 764 цитограммы у 168 больных; у 112 из них произведены исследования пунктата щитовидной железы. Изучены также 652 препарата-отпечатка, приготовленных из удаленных щитовидных желез. При пункции в 15 случаях нам не удалось получить материала для исследования. При этом мы не наблюдали каких-либо осложнений, лишь в некоторых случаях отмечали небольшое кровоизлияние на месте укола.

Изучались как нативные, так и окрашенные препараты. Мазки пунктатов и отпечатки окрашивались по методу Паппенгейма. Данные наших исследований позволили нам прийти к заключению, что при правильном трактовании цитологической картины и четком представлении гистологических форм зоба в большинстве случаев возможно цитологическое определение различных его гистологических форм. Исследованием отпечатков в 88% случаев и пунктатов в 76% случаев нами правильно была определена разновидность зоба.

Для дифференциации цитоморфологической картины разновидностей зоба мы начали с изучения гистологических препаратов и цитограмм отпечатков удаленных зобов. При цитологическом определении различных форм зоба мы придерживались классификации А. И. Абрикосова [2], подразделяющего зоб на три основные формы: 1) коллоидно-косова [2], подразделяющего зоб на три основные формы: 1) коллоидный (макро- и микрофолликулярный), 2) паренхиматозный, 3) базедовый (первичный и вторичный).

Основанием для определения различных форм зоба при исследовании цитологических препаратов являются морфологические особенности клеток и характер их расположения (папиллярные и железистоподобные структуры или диффузно).

Коллоидный зоб. В цитологических препаратах макрофолликулярного зоба прежде всего бросалась в глаза бедность клеточными элементами, что объясняется увеличением в размерах фолликул и накоплением в них коллоида. В цитограммах среди разрозненных элементов обна-

руживались участки, окаймленные фолликулярным эпителием и заполненные коллоидом, окрашенным в розовато-сиреневый цвет. Эти участки повторяли форму фолликула. Выявлялись преимущественно отдельно

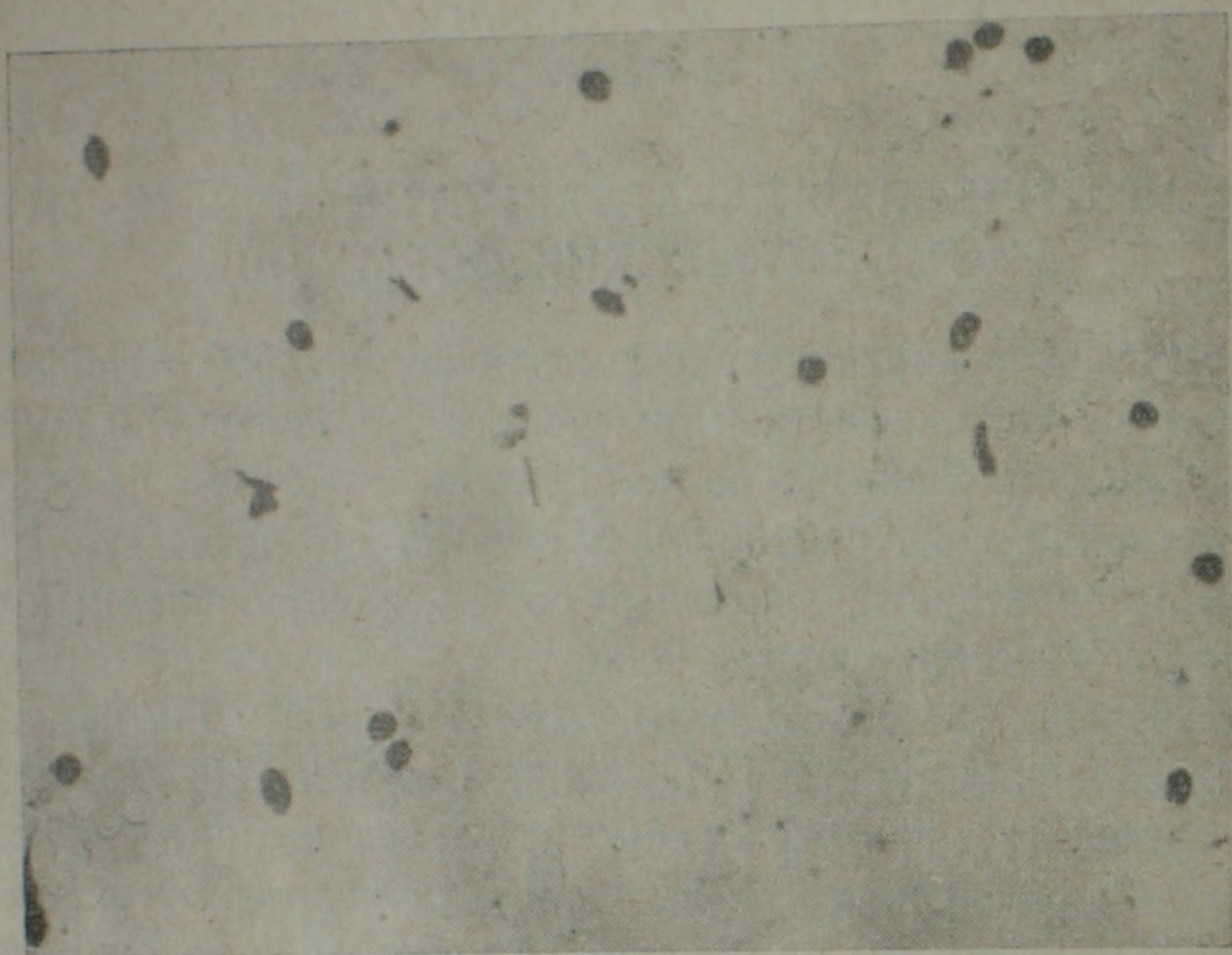


Рис. 1. Цитологический препарат микрофолликулярного коллоидного зоба (увелич. 1:300).

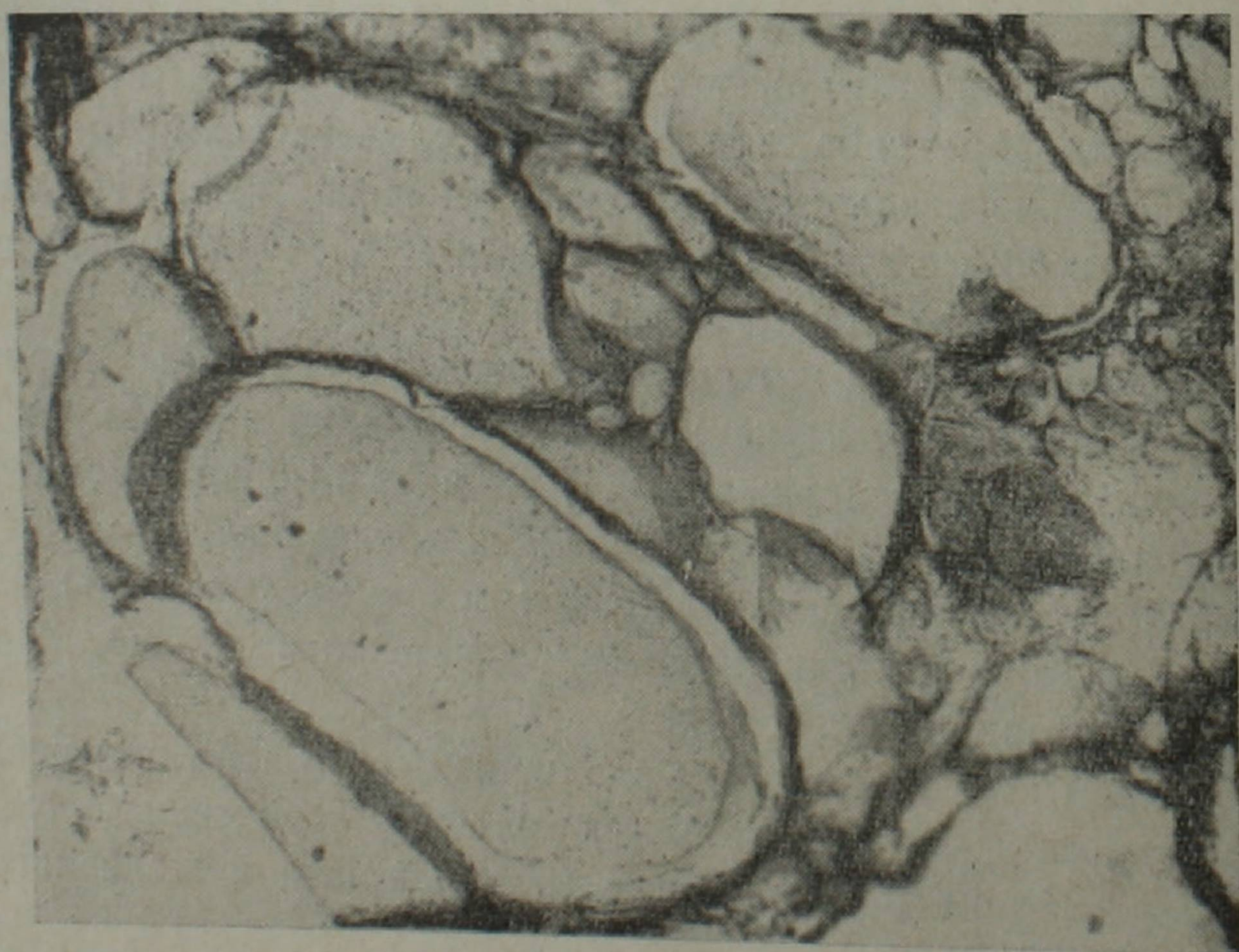


Рис. 2. Гистологический препарат макрофолликулярного коллоидного зоба.

расположенные эпителиальные клетки меньше среднего размера с компактными овальными, реже округлыми темно-окрашенными ядрами с базофильной цитоплазмой (рис. 1, 2). Цитологическая картина микрофол-

ликулярного коллоидного зоба сравнительно богата клеточными элементами, состоящими из однотипного кубического эпителия. Ядра клеток компактные, округлой или овальной формы с ровными четкими кон-

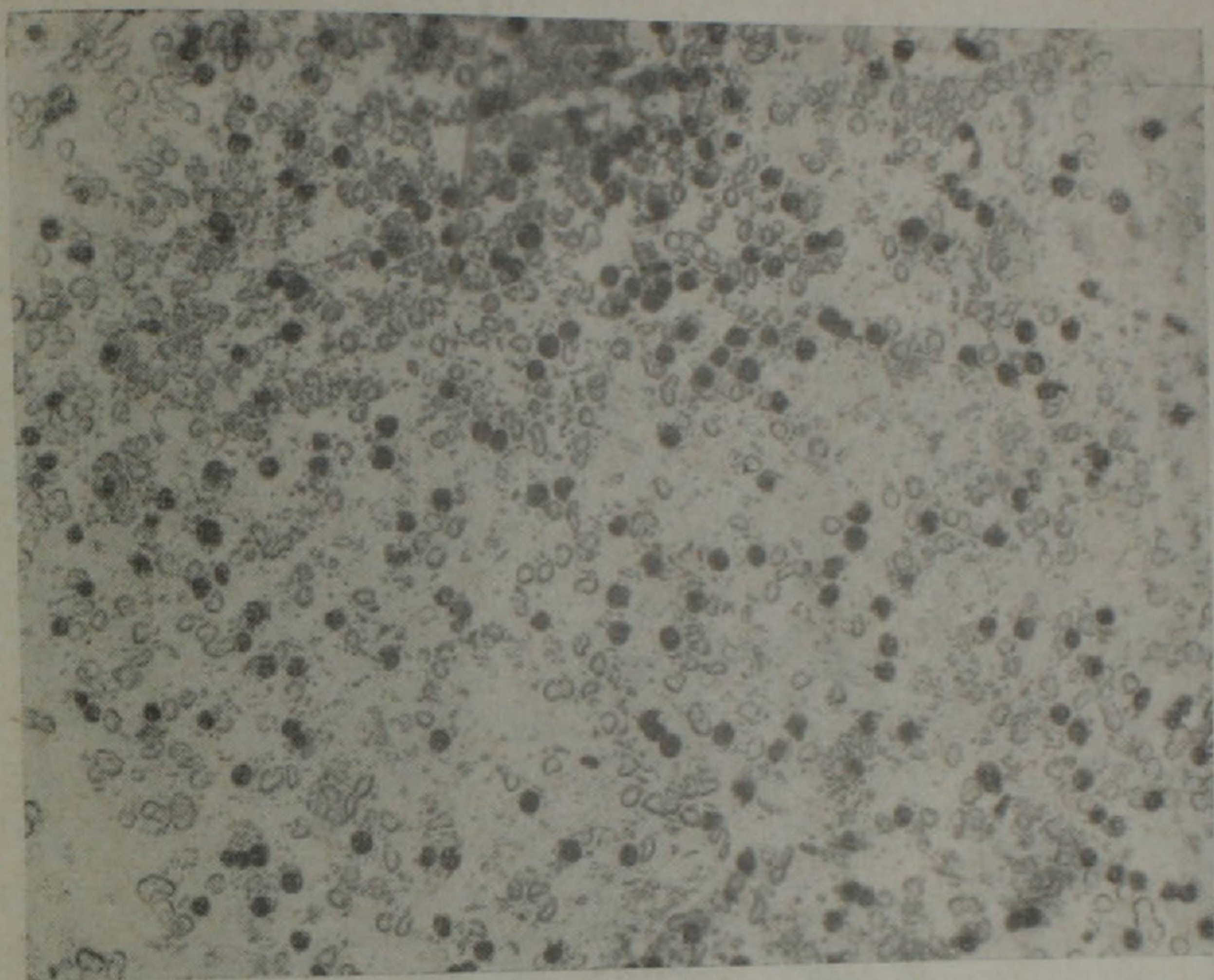


Рис. 3. Цитологический препарат микрофолликулярного коллоидного зоба (увелич. 1:200).

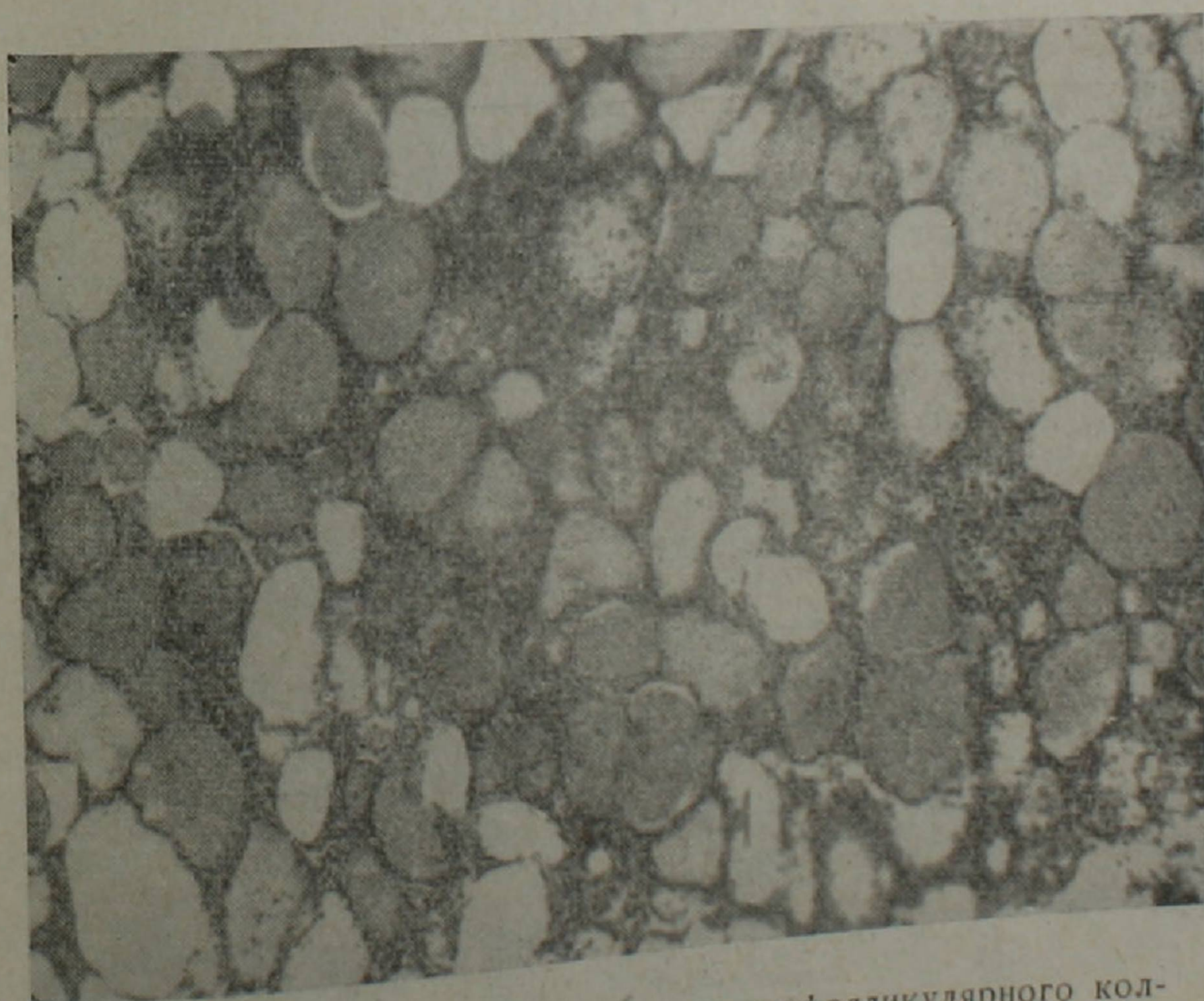


Рис. 4. Гистологический препарат микрофолликулярного коллоидного зоба.

турами и не столь интенсивной окраской. Эпителий по расположению повторял форму фолликул, образуя небольшие круги (рис. 3), а ци-

тологическая картина соответствовала гистологическому описанию (рис. 4).

При пролиферирующем макро- и микрофолликулярном коллоидном зобе наряду с этими кругами обнаруживались округлые группы с пра-

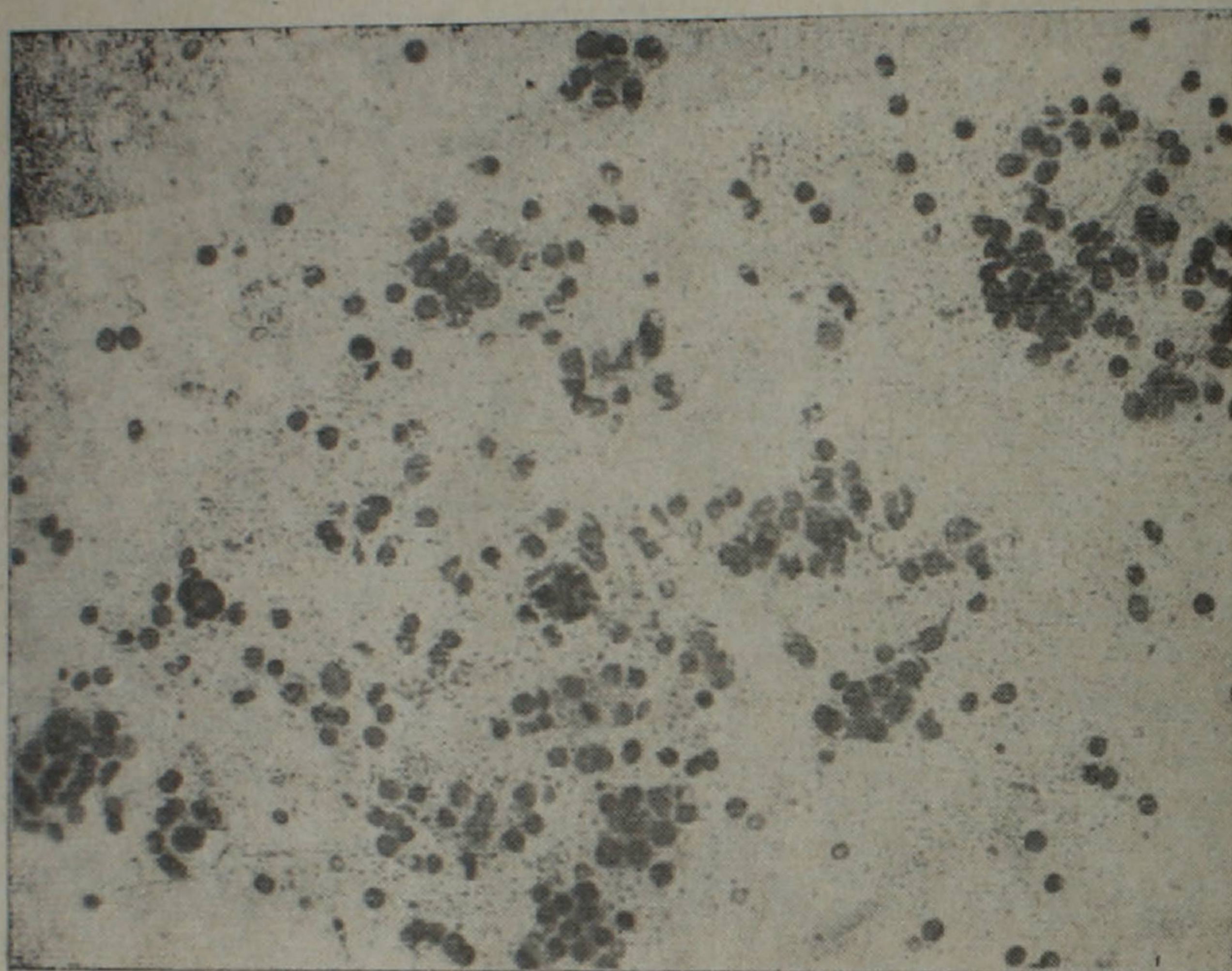


Рис. 5. Цитологический препарат паренхиматозного зоба (увелич. 1:200).

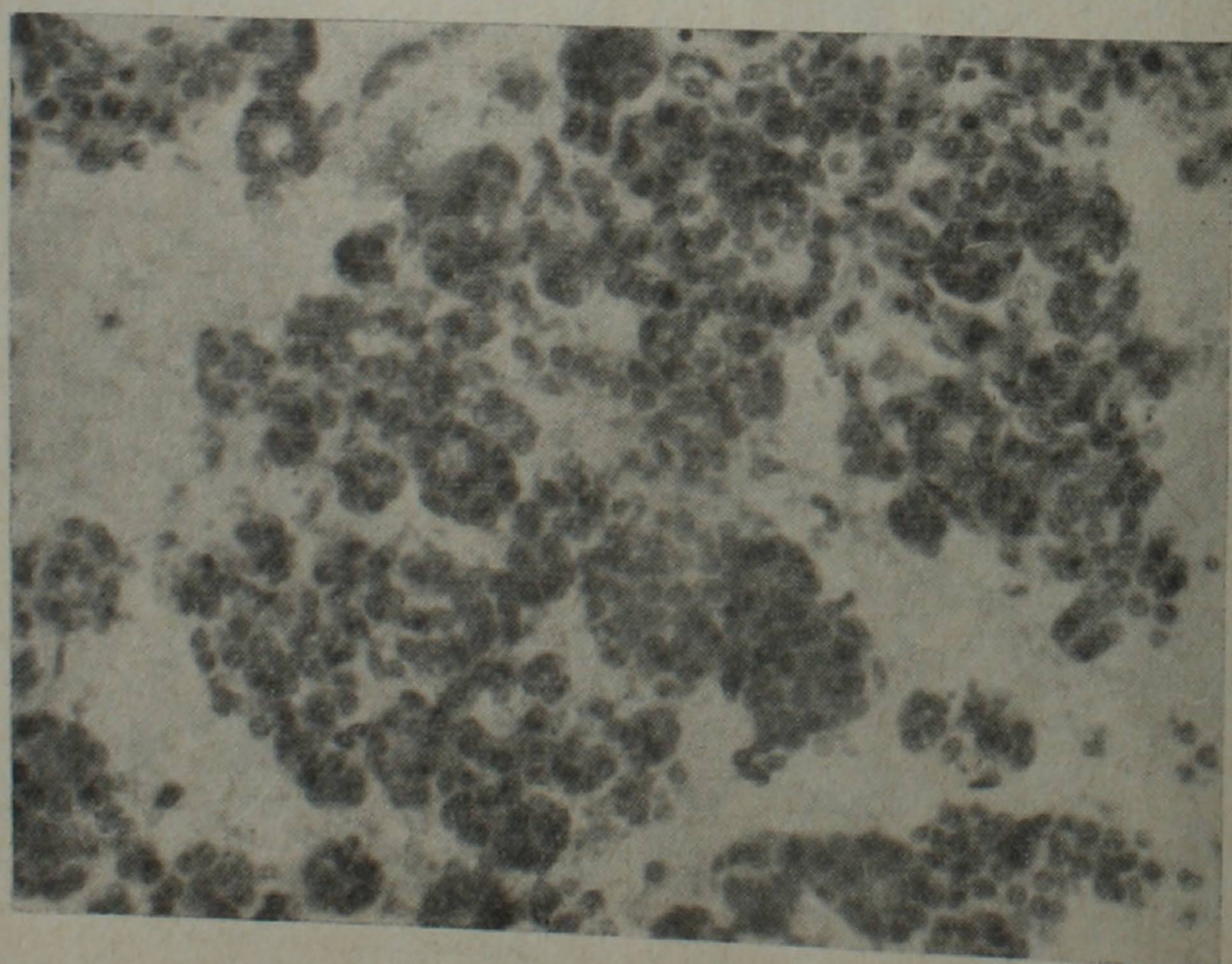


Рис. 6. Гистологический препарат паренхиматозного зоба.

вильно расположенными клеточными элементами. Во многих препаратах мы имели сочетание макро- и микрофолликулярного зоба.

Паренхиматозный зоб. Гистоструктура этого зоба обуславливается пролиферацией эпителия, образующего сплошные поля, которые в дальнейшем разделяются на железистые мелкие фолликулы, не имеющие просвета и не содержащие коллоида или же имеющие небольшой просвет с незначительным количеством коллоида (рис. 6). Соответственно этому в цитограммах характерным для данной разновидности зоба являлось, во-первых, обилие эпителиальных клеток, густо рассеянных по всему препарату, во-вторых, расположение элементов преимущественно мелкими железистыми группами, чаще с однорядным расположением клеток с небольшим свободным просветом в центре (рис. 5). Энергичная пролиферация железистого эпителия почти всегда сопровождалась значительным укрупнением размеров клеток, увеличением их ядер, а иногда и полиморфизмом. В цитограммах преобладали крупные, часто кубической формы клетки с округлыми и нежно окрашенными мономорфными ядрами со светлобазофильной, хорошо очерченной цитоплазмой (редко она едва определялась или же вовсе отсутствовала). Иногда встречались двухъядерные эпителиальные клетки.

В более крупных и светлых клетках отмечалась мелкоточечная структура хроматина ядра. В некоторых случаях в препаратах встречались клетки, имеющие более обильную светлобазофильную хорошо очерченную цитоплазму с эксцентрично расположенными ядрами.

Нередко при паренхиматозном зобе в цитограммах наряду с описанными эпителиальными клетками выявлялись лимфоидные элементы и их скопления с превалированием молодых форм. В ряде случаев в одних препаратах (приготовленных с различных участков удаленной струны) обнаруживалась картина паренхиматозного зоба, в других—коллоидного, а в отдельных случаях имела картина коллоидно-паренхиматозного зоба с базедовификацией.

Базедов зоб. Цитологическая картина базедова зоба весьма своеобразна.

Как правило, наблюдалось обилие сосочковых скоплений из крупных эпителиальных клеток, которые часто сливались, образуя звездчатой формы большие скопления. Эта картина сходна с гистологическим описанием препаратов при базедовом зобе с характерной метаплазией эпителия, с неправильными очертаниями фолликул, обусловленными образованием сосочков внутри фолликула.

Просмотр с иммерсией позволял устанавливать более тонкие морфологические особенности клеток. Наряду с округлыми крупными клетками почти во всех препаратах, особенно в папиллярных скоплениях, встречались цилиндрические клетки, то в большем, то в меньшем количестве. Коллоидное вещество почти не обнаруживалось. В крупных клетках ядра были округлыми или слегка овальными, однотипными, светлоокрашенными. Ядра занимали сравнительно большую часть цитоплазмы, которая часто имела базофильную окраску. Обнаруживались также отдельные экземпляры и небольшие группы клеток с явно полиморфными и молодыми крупными ядрами, в которых содержались нуклеолы.

(рис. 7, 8). В цитограммах в подавляющем большинстве случаев встречались лимфоидные элементы, реже скоплениями, как зрелые, так и молодые формы.

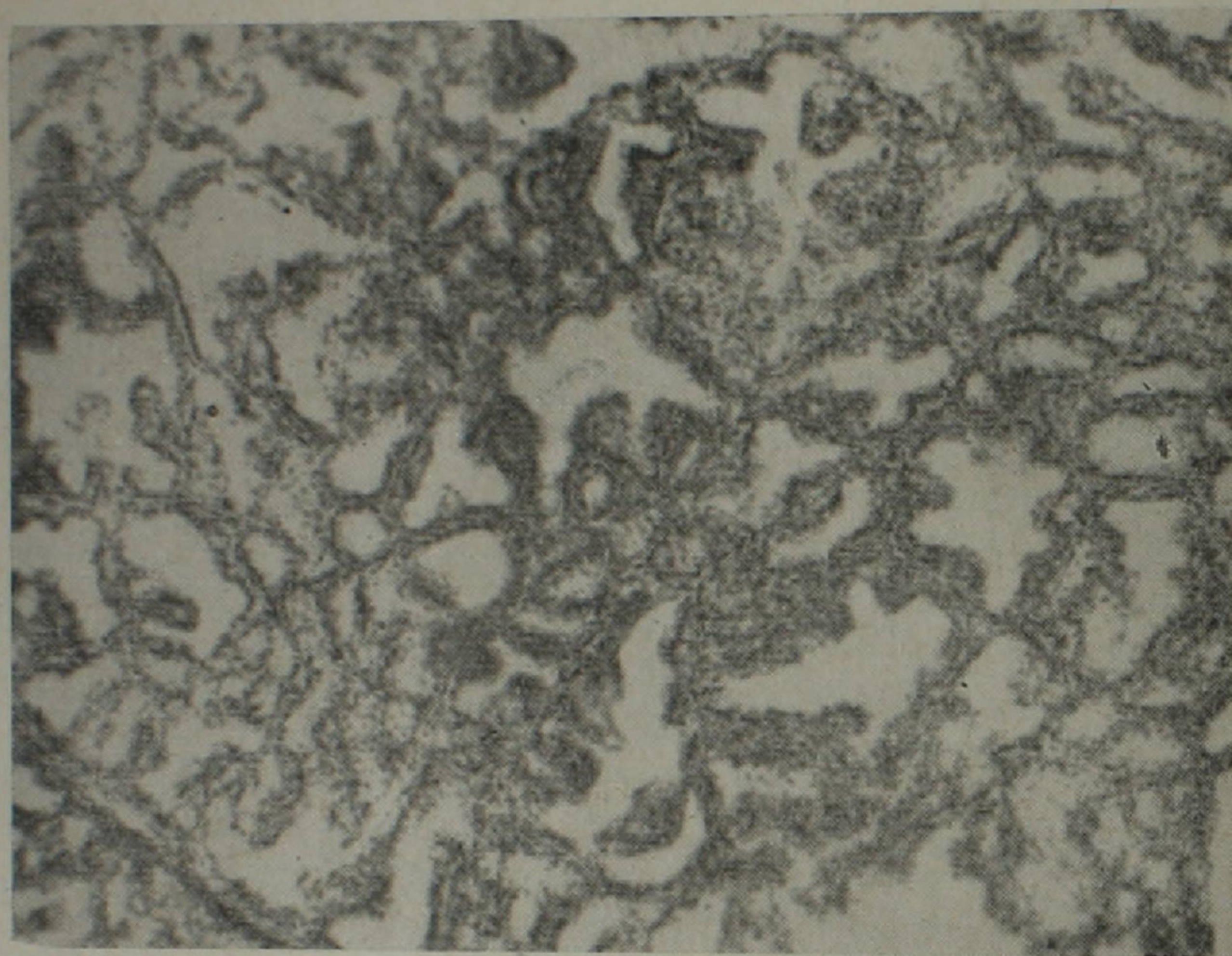


Рис. 7. Цитологический препарат базедова зоба (увелич. 1:600).

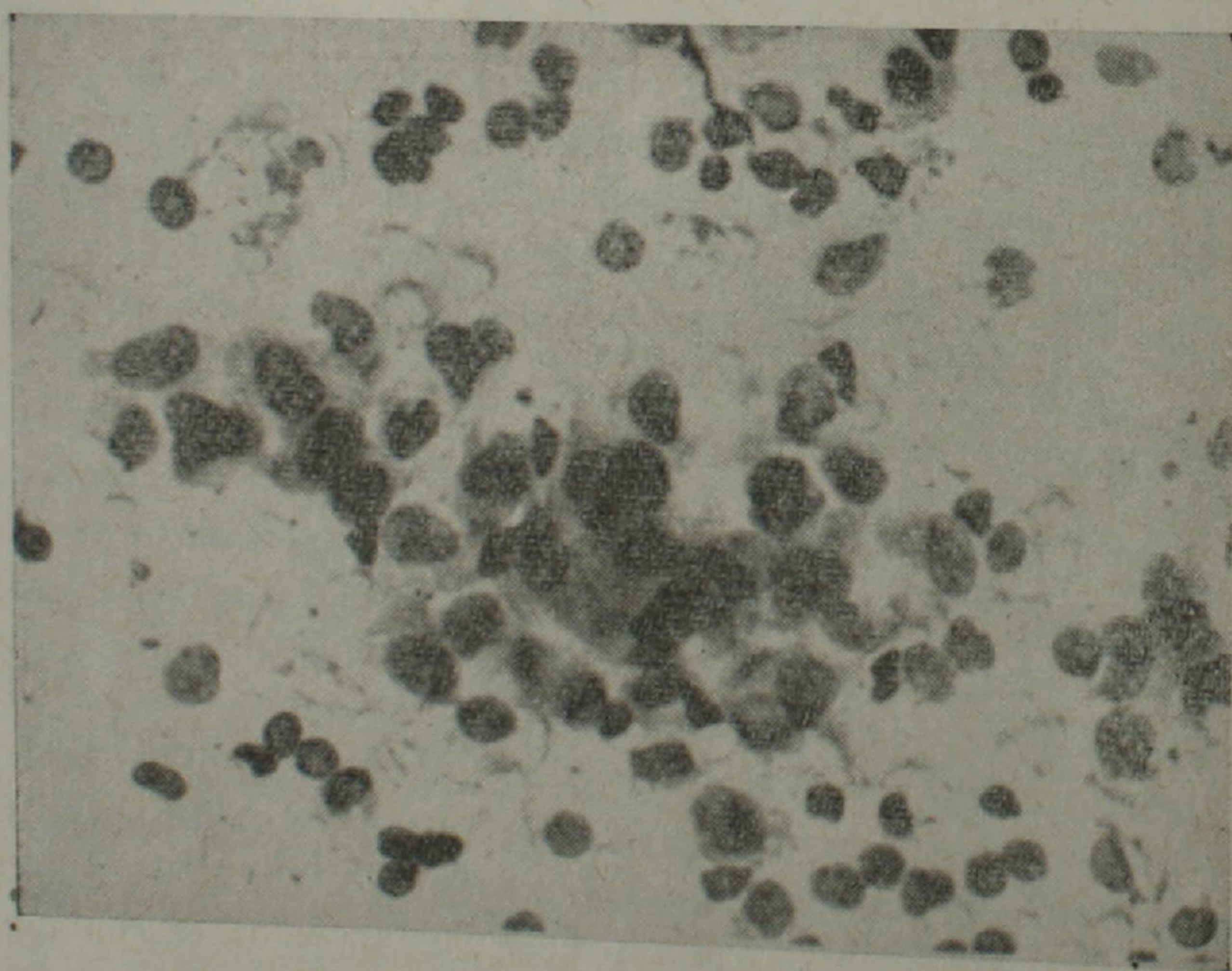


Рис. 8. Гистологический препарат базедова зоба.

При вторичном базедовом зобе во многих цитологических препаратах наблюдалось сочетание коллоидного и тиреотоксического зоба или базедовифицированного паренхиматозного; реже можно было видеть

картину коллоидно-паренхиматозного зоба с переходом в базедовую строму.

Следует отметить, что при зобах с фиброзом стромы часто обнаруживались элементы зрелой фиброзной ткани в большем или меньшем количестве. Нередко в цитологических препаратах выявлялись клетки, содержащие многочисленные крупные и мелкие зерна, окрашенные в темно-синий цвет (гемосидерин), указывающие на кровоизлияние в строме железы.

При кистозных зобах пункцией обычно получали от 1 до 4 мл различного характера жидкости, чаще шоколадно-бурого цвета с перламутровым блеском, иногда же мутновато-желтого цвета. В цитологических препаратах, изготовленных из осадка полученных жидкостей, как правило, выявлялись жирнозернистые (кистозные) клетки и в подавляющем большинстве случаев—кристаллы холестерина в различных количествах.

На основании наших исследований можно сделать следующие выводы.

1. Цитологическая картина различных гистологических форм зоба имеет свои характерные особенности. Клеточные элементы имеют присущие им морфологические признаки, расположения и структурные образования.

2. Цитологическим исследованием пунктатов возможно безошибочно диагностировать кистозные, коллоидные и большей частью паренхиматозные и тиреотоксические зобы.

3. В цитограммах сравнительно трудно дифференцировать базедовифицированные паренхиматозные или коллоидно-паренхиматозные зобы с базедовификацией.

Клинико-диагностическая лаборатория
хирургического отделения Республи-
канской клинической больницы

Поступило 14/IX 1964 г.

Л. У. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

ԽՊԻՊԻ ՏԱՐԲԵՐ ՀԻՍՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԶԵՎԵՐԻ ՅԻՏՈՒՈՒԿԱԿԱՆ ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա. մ. ֆ. ռ. ֆ. ռ. ի. մ.

Ներկայումս վահանաձև գեղձի քաղցկեղի ցիտոլոգիական պատկերը լավ ներկայումս վահանաձև գեղձի քաղցկեղի ալի հիվանդություններին քիչ աշխատամեծնասիրված է, սակայն այդ գեղձի ալի հիվանդություններին քիչ աշխատանքներ են նվիրված, իսկ խալիպի ցիտոլոգիական բնորոշման վերաբերյալ կան կցկտուր հաղորդումներ: Հեղինակը նպատակադրվել է խալիպի տարբեր հիտոլոգիական ձևերի ցիտոլոգիական բնորոշումը տալու, որի նպատակով հիտոլոգիական ձևերի ցիտոլոգիական պրեպարատներ (քսուկներ և դրոշմ-ումումնասիրված է 764 ցիտոլոգիական պրեպարատներ (քսուկներ և դրոշմ-ներ) 168 հիվանդների մոտ, որոնցից 112-ի մոտ կատարված է վահանաձև գեղձի պունկցիա: Հետազոտություններից պարզվել է, որ ուշագիր և մանրա-

կըրկիտ կերպով կատարված ցիտոլոգիական ուսումնասիրության միջոցով խափախտարբեր հիստոլոգիական ձևերի որոշումը ցիտոլոգիական ձևով հնարավոր է, և որ այդ դեպքում ունենում ենք բնորոշ պատկեր, այն է՝ բջիջային էլեմենտները ունենում են յուրահատուկ մորֆոլոգիական նշաններ, դասավորվածություն և ստրուկտուրային ձևավորումներ. պունկտատների ցիտոլոգիական հետազոտությամբ հնարավոր է անսխալ կերպով ախտորոշել կիստոզ, կոլոիդ տեսակի խափախտերը, ինչպես նաև պարենխիմատոզ ու բազեդով խափախտերի մեծ մասը:

Ցիտոլոգիական ճանապարհով համեմատաբար դժվար է դիֆերենցել բազեդովի ֆիկացիայի ենթարկված պարենխիմատոզ կամ կոլոիդ-պարենխիմատոզ նույնպես բազեդովի ֆիկացիայի ենթարկված խափախտերը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамов М. Г. Клиническая цитология. М., 1962.
2. Абрикосов А. Н. Патологическая анатомия. М., 1954.
3. Никитина Н. И. Вопросы онкологии, 1962, т. VIII, 10, стр. 23.
4. Николаев О. В. Эндемический зоб. М., 1955.
5. Калинин А. П. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1959, т. V, 3, стр. 51.
6. Лумпова В. М. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1962, т. VIII, I, стр. 80.
7. Фетисов В. У. Клиническая хирургия, 1962, 5, стр. 58.
8. Шиллер-Волкова Н. Н., Агамова К. А. Вопросы онкологии, 1960, т. VI. 1, стр. 55.