ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

VIII, № 1, 1968

Журн. экспер. и клинич. медицины

Л. М. САРКИСЯН

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПУТЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖИДКОСТЕЙ ИЗ СЕРОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ

Первичные злокачественные опухоли плевры и брюшины являются редкими заболеваниями. В последние годы появилось много работ, посвященных вопросу злокачественных опухолей плевры и брюшины, что свидетельствует о всевозрастающем интересе к этой проблеме.

Значительно чаще встречаются метастатические поражения, исходящие из других органов, пораженных злокачественными опухолями.

Одним из наиболее частых источников вторичного поражения брюшины являются злокачественные опухоли яичников.

Злокачественные поражения серозных оболочек очень часто сопровождаются образованием в полостях жидкости. Некоторые авторы указывают, что при раке легких вначале жидкость бывает серозной, а в дальнейшем часто становится геморрагической. Эти авторы связывают образование геморрагического плеврита с прорастанием опухоли в плевру, то есть относят возникновение геморрагического плеврита к далеко зашедшим случаям заболевания.

Многие авторы [1, 3, 4, 5, 7 и др.] указывают, что в подавляющем большинстве случаев у больных с подозрением на злокачественное новообразование серозных оболочек в жидкостях выявляются клетки злокачественного новообразования.

Некоторые авторы указывают, что не все случаи поражения серозных оболочек опухолевыми процессами сопровождаются выпотом. Так, Крафт из 150 случаев рака легких установил эксудативный плеврит в 37 случаях.

Асцит очень часто появляется (50—75% случаев) при злокачественных опухолях женской половой сферы, и в связи с этим цитологическое исследование асцитической жидкости здесь представляет особый интерес. Так, Е. Я. Ставская [9] из 22 случаев ракового асцита в двух в осадке никаких клеточных элементов не обнаружила. Во всех остальных случаях клеточный состав асцитической жидкости был довольно богатый. На основании своих исследований Е. Я. Ставская пришла к выводу, что выраженный геморрагический характер эксудата при раковом поражении брюшных органов не является правилом (из 22 случаев он наблюдался всего 3 раза).

Наш материал охватывает 61 исследование (не считая повторных)

жидкости, полученной пункцией плевральной полости (42 больных) и брюшной (19). Из 61 обследованного больного у 30 установлено злокачественное новообразование различной локализации, у остальных диагностированы плеврит и асцит различной этиологии (на почве цирроза

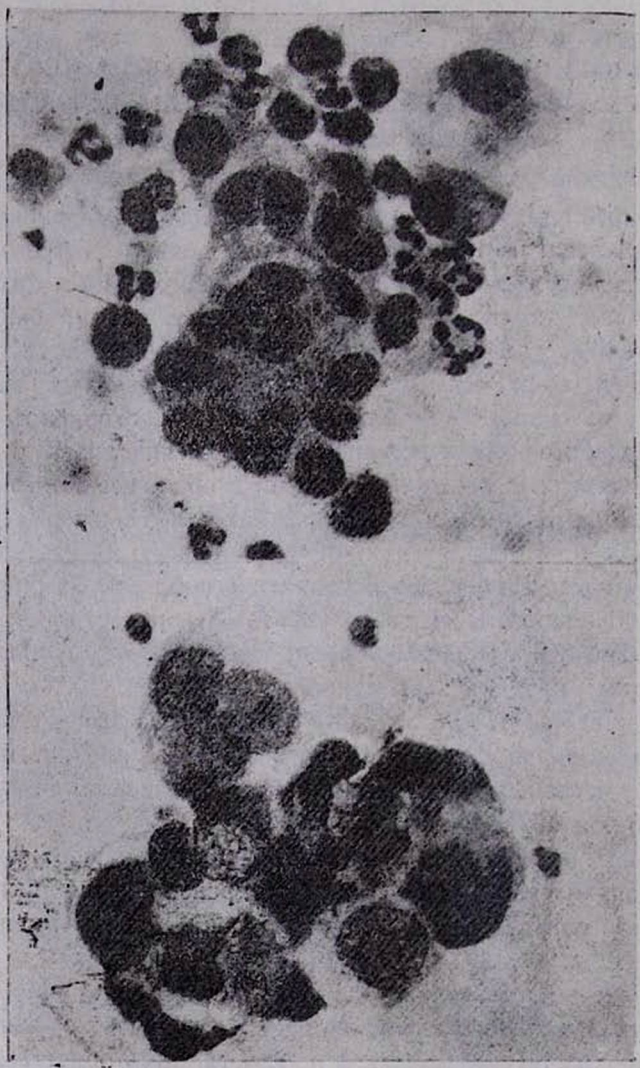

Рис. 1.

печени, заболевания сердца, эхинококка легкого, мезоаденита, плеврита после травмы и операции).

Из 30 больных с клинически установленными опухолями серозных оболочек у 21 (70% случаев) исследованием эксудатов выявлены клетки канцерозного новообразования, у 4 обнаружены элементы, позволяющие заподозрить злокачественный опухолевый процесс; у 5 боль-

ных несмотря на двухкратное исследование эксудата не было выявлено.

Препараты, приготовленные из микроскопически отобранных мельчайших сероватых пленчатых частиц, изучались сначала в нативном виде, затем приготовлялись тонкие мазки, окрашенные по Паппенгейму; часть препаратов приготовлялась из отцентрифугированных осадков.

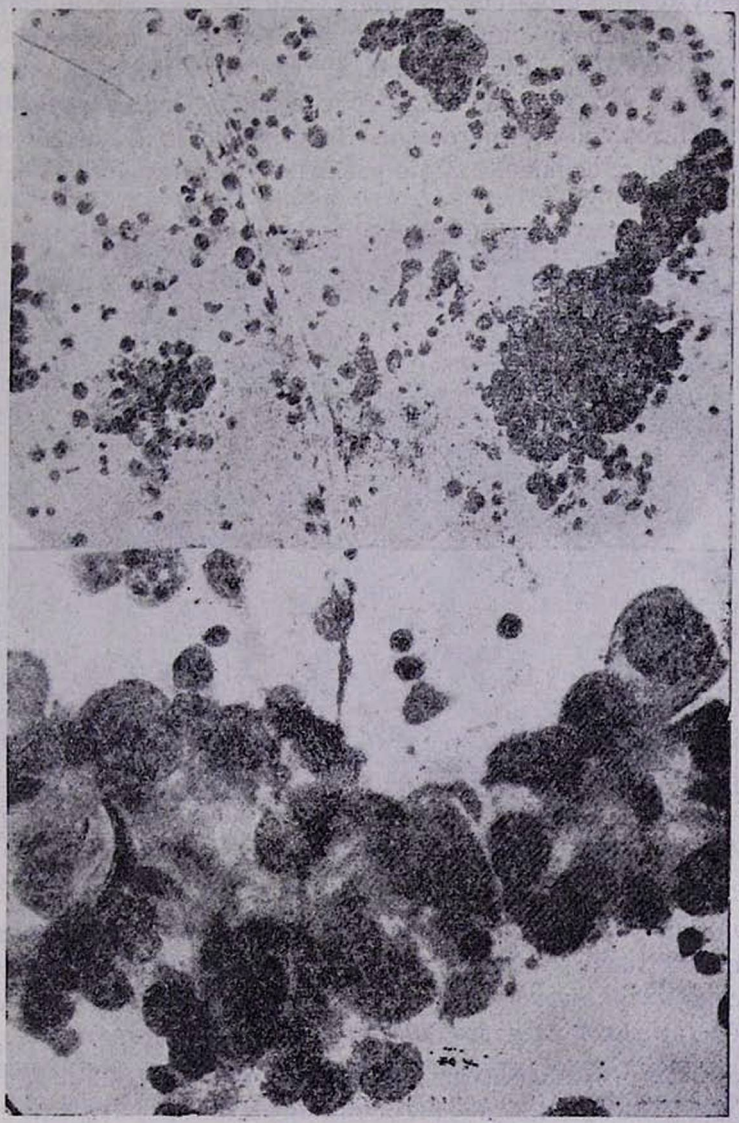

Рис. 2.

При просмотре нативных и окрашенных препаратов у 21 больного на основании наличия структур, свойственных эпителиальному новообразованию, и выраженного клеточного и ядерного полиморфизма нами был

поставлен диагноз рака. Клеточные элементы рака в цитологических препаратах эксудата серозных полостей располагались одиночно, группами, комплексами, часто в форме железистого образования или комплексов клеток типа синцития. Часто встречались гигантские многоядерные клетки.

Обнаруженные нами опухолевые клетки имели разнообразные формы и размеры. Наряду с крупными имелись средние и мелкие клетки округлой, овальной и причудливой формы. Ядра были округлые и овальные, многие из них содержали гипертрофированные нуклеолы. Цитоплазма была обильной или представлялась в виде небольшого ободка, окрашивалась с различной интенсивностью в синий

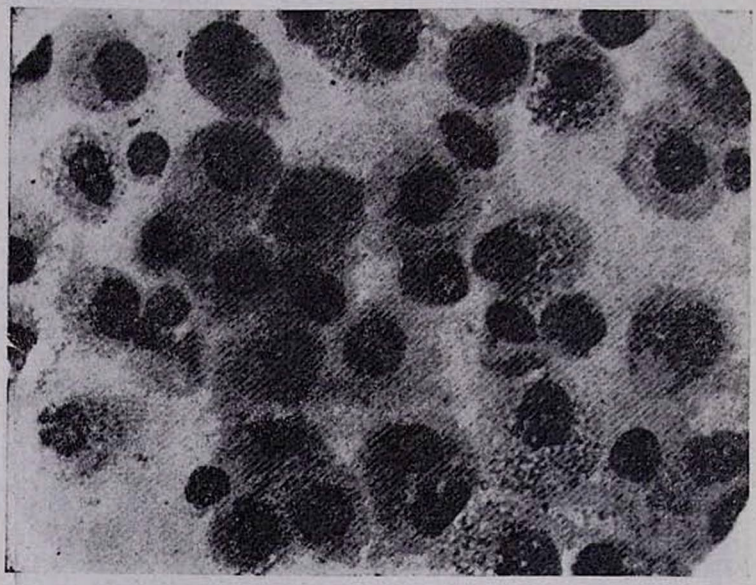

Рис. 3.

цвет, была часто пенистой и содержала мелкие или крупные вакуоли. В препаратах почти всегда встречалась картина амитотического и очень редко митотического деления клеток. У 4 больных исследования эксудатов (из них 2 исследования плевральной жидкости, 2 — асцитической) выявили подозрительные клетки канцерозного новообразования. В этих случаях были найдены недостаточно убедительные опухолевые элементы, вероятно, исходящие из новообразования раковой природы.

Следует отметить, что во всех случаях эксудата ракового происхождения в препаратах, кроме элементов рака, выявилось большое количество мезотелиальных клеток иногда с выраженными признаками атипии, часто с укрупненными ядрами и ядрышками, вакуолизацией и базофилией цитоплазмы, встречались двух- и трехядерные мезотелиальные клетки, иногда фигуры амитоза.

При подробном изучении наших препаратов мы заметили, что атипичные мезотелиальные клетки часто располагались группами, но, в отличие от канцерозных (базофильные тона), также отличались от цитоплазмы опухолевых клеток. Кроме того, нами подмечено, что у раковых клеток периферическая часть цитоплазмы окрашивается более интенсивно, чем та часть, которая располагается вокруг ядра. У атипичных мезотелиальных клеток этого не отмечалось.

При исследовании препаратов эксудата нередко приходилось сталкиваться с значительными затруднениями при выдаче цитологического заключения о наличии рака в связи с трудностями дифференциации раковых клеток от атипичных мезотелиальных, особенно тогда, когда отсутствовал полиморфизм раковых клеток, или в случаях, когда в препаратах выявлялось ограниченное количество одиночных атипичных клеток с крупными гиперхромными ядрами и ядрышками. В таких случаях производились повторные исследования пунктатов брюшины и плевры. Приготовлялось 8 — 14 препаратов, которые тщательно изучались, в результате чего в большинстве случаев нам удавалось найти достаточное количество атипичных клеток и их группировок, позволяющих считать их принадлежащими канцерозному новообразованию.

Из 30 обследованных больных с клинически установленными опухолями геморрагическую жидкость мы получили у 16 больных. Количество белка колебалось от 6 до 12%.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1. Цитологическое исследование эксудатов брюшной и плевральной полостей представляет большую диагностическую ценность.

2. Цитодиагностика рака по осадку эксудата не всегда является легкой, так как нередко атипичные мезотелиальные клетки трудно дифференцируются от клеток новообразования.

3. Для уверенного цитологического диагноза необходимо выявление множества атипичных клеток и их группировок.

4. Приготовление и окраска препаратов эксудата требует большой тщательности.

Республиканская
клиническая больница

Поступило 27/XI 1967 г.

Լ. Մ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

ՍԵՐՈՁ ԽՈՌՈՁՆԵՐԻ ԷՔՍՈՒԴԱՏՆԵՐԻ ՑԻՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՈՎ ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Ասցիտների, էկսուդատիվ պլևրիտների կլինիկական ախտորոշման գործում կարևոր նշանակություն ունի այդ էկսուդատների բնույթի որոշումը, որը կատարվում է որովայնի և պլևրայի պունկտատների ցիտոլոգիական հետազոտման միջոցով։

Հոդվածն ընդգրկում է 61 հիվանդներից ստացված էկսուդատների քննությունը, որից՝ 42 հիվանդի պլևրալ հեղուկը և 19 հիվանդի որովայնի խոռոչից ստացված հեղուկը։

61 հիվանդներից 30-ի մոտ կլինիկական կոմպլեքսային հետազոտություններով ախտորոշվել է չարորակ ուռուցք, որից՝ 21 հիվանդի պլևրալ և ասցիտիկ հեղուկների ցիտոլոգիական քննությամբ ախտորոշվել է քաղցկեղ (70%) և տրվել է համոզված եզրակացություն այդ մասին։

4 դեպքերում պրեպարատներում հայտնաբերվել են քաղցկեղի կասկածելի բջիջներ։

Քաղցկեղով տառապող 5 հիվանդներից ստացված էկսուդատներում ուռուցքային բջիջներ չեն հայտնաբերվել։

Մեր տրամադրության տակ եղած նյութերի մանրակրկիտ հետազոտությունները մեզ հանգեցնում են այն եզրակացության, որ էկսուդատների ցիտոլոգիական քննությունը նախ շատ արժեքավոր է կլինիկայում. երկրորդ, որ էկսուդատների հետազոտման ժամանակ չարորակ ուռուցքների ցիտոլոգիական ախտորոշումը միշտ հեշտ չի լինում, քանի որ, հաճախ, ատիպիկ մեզոթելային բջիջները դժվարությամբ են դիֆերենցվում ուռուցքային բջիջներից. երրորդ, որ համոզված ցիտոլոգիական եզրակացություն տալու համար անհրաժեշտ է պրեպարատներում հայտնաբերել բավարար քանակով ատիպիկ ուռուցքային բջիջներ և, հատկապես, նրանց խմբավորումները։

ЛИТЕРАТУРА

1. **Абрамов М. Г.** Цитологическая диагностика методом пункции. М., 1948.
2. **Айнбиндер Н. М., Нечаева Н. Д.** и **Птохов М. П.** Вопросы онкологии. М., 1965, стр. 31.
3. **Альтгаузен А. Я.** Диагностика злокачественных новообразований при микроскопическом исследовании секретов и экскретов. Харьков, 1943.
4. **Арзуманян Г. А.** и **Агабабян А. Е.** Вопросы рентгенологии и онкологии, т. 6. Ереван, 1961, стр. 287.
5. **Кассирский И. А.** Клиническая медицина, 1946, т. 24, 3, стр. 19.
6. **Климанова Э. Ф.** Акушерство и гинекология, 1964, 4, стр. 55.
7. **Монастырская Б. И.** Клиническая медицина, 1945, 3, стр. 64.
8. **Ревуцкая П. С.** Ученые записки Киевского НИИ рентгенорадиологии и онкологии, т. III. Киев, 1952, стр. 55.
9. **Ставская Е. Я.** Врачебное дело, 1951, 4, стр. 335.
10. **Фришман Р. Л.** Диссертация. Харьков, 1947.