

РЕФЕРАТ

УДК 616.25—002.155—071

Л. М. САРКИСЯН

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ЭКСУДАТОВ
СЕРОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ

Клиническая диагностика экссудативных плевритов, асцитов, перикардитов в большинстве случаев не вызывает особых затруднений, однако уточнить характер выпота возможно только при помощи диагностической пункции плевры, брюшины и их цитологического исследования.

Для распознавания характера заболевания серозных полостей необходимо знать цитологическую картину трансудатов и экссудатов при воспалительных процессах и злокачественных новообразованиях. Клеточный состав трансудатов, как правило, более скуден. Он ограничивается элементами крови и мезотелиальными клетками. Клеточный состав экссудатов в зависимости от стадии процесса, силы воспалительных явлений и особенностей реакции организма может быть различным.

В настоящей работе мы задались целью изучить клеточный состав и морфологические особенности клеток, обнаруживаемых в жидкостях серозных полостей (плевральной, брюшной) у больных, страдающих опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями. С этой целью мы проанализировали результаты 507 цитологических исследований от 367 больных, находящихся на лечении в стационаре Армянского института рентгенологии и онкологии, а также в хирургическом и двух терапевтических отделениях Республиканской клинической больницы г. Ереван.

По характеру заболевания эти больные могут быть подразделены на следующие группы и подгруппы: I группа—раковое новообразование серозных оболочек; II группа—неопухолевые заболевания серозных оболочек, куда включались неспецифические процессы, при которых этиологическим фактором выпота в серозную полость явились: болезни сердца, печени, почек, ревматизм и воспалительные процессы, а также специфический процесс—туберкулез.

I группу составили больные раком различной локализации с метастазами в серозные оболочки.

Анализ данных этих наблюдений показал, что наличие в серозной жидкости атипичных клеток, наделенных морфологическим симптомо-

комплексом, характеризующим их злокачественную перестройку, а также характерных группировок и гроздевидных комплексов этих клеток является основанием для цитологической диагностики ракового поражения серозных оболочек.

Анализ 36 наблюдений экссудатов серозных полостей, причиной которых являлся неспецифический воспалительный процесс, позволил отметить, что клеточный состав экссудата при неспецифическом воспалении непостоянен и меняется в течение болезни. В начальной стадии заболевания преобладающими элементами являются нейтрофильные лейкоциты, затем идет нарастание лимфоидных клеток. Иногда нейтрофильная реакция сменяется эозинофильной. Присутствие макрофагов, гистиоцитарных элементов характеризует рассасывание и организацию процесса.

Во всех стадиях заболевания могут быть выявлены мезотелиальные клетки, наделенные более или менее выраженными признаками атипизации.

Интерпретация цитограмм серозных жидкостей воспалительной этиологии значительно затрудняется при наличии пролиферирующих мезотелиальных клеток с резко выраженными признаками атипизации, симулирующих элементы ракового новообразования.

Жидкость серозных полостей больных сердечно-почечной недостаточностью и циррозом печени (19 наблюдений) характеризовалась общностью микроскопической картины. В цитограмме преобладали лимфоциты. В большинстве случаев было выявлено также большее или меньшее количество мезотелиальных клеток, иногда атипизированных.

В 6 наблюдениях выпотов в серозные полости ревматической этиологии лимфоциты являлись преобладающими элементами. В некоторых случаях также были констатированы несколько атипические мезотелиальные клетки, дифференциация которых от опухолевых не представляла затруднений.

11 наших наблюдений составляли больные плевритом и перитонитом туберкулезной этиологии. Течение болезни и эффективность проведенного противотуберкулезного лечения подтвердили достоверность клинического диагноза.

Клеточный состав при этом также зависел от стадии заболевания. В начальной стадии в одних случаях превалировали нейтрофильные лейкоциты с последующим нарастанием лимфоидных элементов, моноцитонидных клеток и макрофагов и уменьшением числа мезотелиальных клеток. В других наблюдениях отмечалось равное количество лимфоцитов и нейтрофильных лейкоцитов как в начале заболевания, так и в последующих стадиях. В основном в серозной жидкости содержалось большое количество атипичных мезотелиальных клеток, нередко с выраженным полиморфизмом, размеры которых сильно варьировали.

Выраженная атипичность и полиморфизм этих клеток, наличие многоядерных экземпляров, являющихся результатом неполного амитотического деления, свидетельствующего о бурной пролиферации их,

дегенеративные изменения, цитоплазмы, очень затрудняли дифференциацию последних от клеток раковой опухоли. Отмеченные нами морфологические особенности ядер раковых и атипических мезотелиальных клеток, а также особенности их группировок позволяют дифференцировать эти элементы и избежать ошибочного заключения о раковом поражении серозных оболочек. Табл. 2. Библиогр. 15.

Республиканская клиническая
больница

Поступило 14/X 1968 г.

Полный текст статьи депонирован в **ВИНИТИ**