

Г. А. АРЗУМАНЯН, Л. М. САРКИСЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АСЦИТИЧЕСКОЙ
ЖИДКОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Брюшинный покров исключительно редко является исходной локализацией для первичных опухолей. В подавляющем большинстве случаев здесь встречаются метастазы рака органов женской половой сферы, в частности яичников, и желудочно-кишечного тракта. Асцит наблюдается при этом очень часто (50—75% случаев) и появляется довольно рано. Клиническая диагностика этиологического фактора асцита нередко очень трудна и чревата ошибками.

В вопросе о роли цитологического исследования асцитической жидкости в диагностике новообразований брюшной полости до сих пор нет единого мнения. Некоторые онкологи отрицают или подвергают сомнению значение этого морфологического исследования. Они считают, что не существует характерных и постоянных признаков опухолевых клеток, отличающих их от обычного эндотелия брюшины [7 и др.].

В противоположность этим взглядам, многие авторы указывают, что этот метод является определенным диагностическим подспорьем, позволяющим выявить злокачественные новообразования этой локализации в 85—90% случаев и на основании данных цитологического исследования экссудата определить даже первичность поражения яичника раком или доброкачественным опухолевым процессом [1, 3, 4, 6—8]. В таком аспекте цитологическое исследование асцитической жидкости может представить значительный интерес.

Желая выяснить значение цитологического исследования асцитической жидкости в диагностике опухолей, локализованных в брюшной полости, мы проанализировали результаты 172 цитологических исследований асцитической жидкости от 144 больных, находящихся на лечении в стационаре Армянского института рентгенологии и онкологии, а также в хирургическом и в двух терапевтических отделениях Республиканской клинической больницы г. Еревана.

По этиологическому фактору эти больные распределялись на следующие группы: 1) новообразования брюшной полости—85 наблюдений, 2) заболевания почек и печени—25, 3) заболевания сердца—4, 4) асцит воспалительной этиологии—11, 5) асцит неясной этиологии—19 (табл. 1).

Таблица 1

Характер заболевания	Число больных	Характер экссудата	
		серозный или серо-фибринозный	геморрагический
Новообразования брюшной полости	85	53	32
Заболевания почек и печени	25	23	2
Заболевания сердца	4	2	2
Асцит воспалительной этиологии	11	8	3
Асцит неясной этиологии	19	16	3

Асцитическую жидкость мы получали в основном пункцией брюшной полости, а в некоторых случаях во время операции. При этом мы пользовались методом макро-микроскопического исследования нативных препаратов Эрлиха-Альтгаузена с последующим изучением окрашенных мазков по Паппенгейму для более детального изучения морфологии обнаруженных клеточных элементов.

Из 144 обследованных больных 85 имели злокачественные новообразования брюшных органов с метастазами в серозные оболочки, сопровождающиеся выпотом в брюшную полость. Из них у 68 (80%) цитологическое исследование асцитической жидкости выявило элементы злокачественного новообразования, у 2 больных данные цитологического исследования позволяли только заподозрить опухолевый процесс, у 15 элементы новообразования не были выявлены (табл. 2).

Таблица 2

Цитологическая картина асцитической жидкости при злокачественных новообразованиях органов брюшной полости

Клинический диагноз	Число больных	Цитологический диагноз			
		рак	подозрение на рак	опухолевые клетки не обнаружены	лимфосаркома
Рак яичника	27	25	—	2	—
Рак желудка	14	12	—	2	—
Рак печени	12	9	—	3	—
Рак поджелудочной железы	4	4	—	—	—
Рак матки и шейки матки	3	3	—	—	—
Рак толстой кишки	2	2	—	—	—
Рак неизвестной локализации	13	8	2	3	—

У 63 больных, у которых цитологическое исследование выявило в экссудате убедительные элементы ракового новообразования, клиническое наблюдение, данные рентгенологического исследования, а в некото-

рых случаях аутопсия и гистологическое исследование подтвердили правильность цитологического заключения.

В большинстве наблюдений в осадке асцитической жидкости было выявлено обилие опухолевых элементов, выделявшихся на фоне эритроцитов, лейкоцитов и мезотелиальных клеток своими размерами, выраженной атипичностью и особым блеском при нативном исследовании. В отдельных случаях они располагались отдельными экземплярами, в других—скоплениями и характерными группировками в виде гроздевидных комплексов. Довольно часто встречались многоядерные гигантские клетки и очень редко фигуры митоза. За основу цитологической диагностики злокачественных новообразований мы принимали наличие в асцитической жидкости атипичных клеток, наделенных известным морфологическим симптомокомплексом, отображающим злокачественную перестройку клеток и характерных группировок.

Наряду с указанными элементами раковой опухоли, почти во всех наблюдениях выявлялись в том или ином количестве мезотелиальные клетки с различной степенью атипизации, иногда с выраженным полиморфизмом, и частыми фигурами amitotического деления. Цитоплазма их то гомогенная, окрашенная интенсивно в базофильные тона, то неоднородная, неравномерно окрашенная в светло-голубые тона с примесью розовых и буроватых оттенков. Жировая дегенерация (вакуолизация) выражена в разной степени. В одних клетках—множественные мелкие вакуоли, придающие цитоплазме пенистый вид, в других они, сливаясь, образуют большие вакуоли, зачастую замещающие всю цитоплазму и оттесняющие ядро к периферии (перстневидные клетки). Укрупненные ядра с равномерным распределением хроматина, содержат 1—2 ядрышка. Иногда встречались двух- и трехядерные клетки. Полиморфизм этих клеток, наличие многоядерных экземпляров, являющихся результатом неполного amitotического деления, свидетельствующих о бурной пролиферации их, дегенеративные изменения цитоплазмы нередко затрудняли дифференциацию последних от клеток канцерозной природы. В подобных случаях целесообразно проведение повторных исследований в течение курса противовоспалительного лечения. Уменьшение количества атипизированных мезотелиальных клеток или их полное исчезновение должно склонить цитолога в пользу воспалительного заболевания, а в случае выявления элементов, наделенных более выраженными признаками анаплазии,—делать заключение о раковом поражении.

Тщательное изучение морфологии этих клеток позволило нам отметить ряд морфологических признаков, отличающих атипичные мезотелиальные клетки от бластомных. Последние в основном касаются морфологии ядер указанных клеток. Ядра раковых клеток полиморфны, структура хроматина то грубая, глыбчатая, петлистая, крупнозернистая, то более нежная, нитевидная или мелкозернистая. Распределяется он неравномерно, поэтому компактные участки могут чередоваться с ахроматическими. Отмечается выраженная полихромазия. Во

многих клетках констатируются укрупненные полиморфные ядрышки (2—4 и более), окрашенные в голубой или темно-синий цвет. Выше уже было отмечено, что группировки опухолевых клеток имеют вид гроздевидных комплексов с хаотичным расположением клеток, находящихся друг на друга. Ядра мезотелиальных клеток наделены менее выраженными признаками атипизации. Структура хроматина их не столь полиморфна, как у раковых клеток, она может быть крупно- или мелкозернистой, но не грубоглыбчатой или петливой. Распределение его более равномерное и восприятие краски ядер мезотелиальных клеток одинаковое. Поэтому больших колебаний в интенсивности окраски не наблюдается. Расположены ядра мезотелиальных клеток, как правило, эксцентрично, ядрышковая форма менее выражена, полиморфизма также не отмечается. Кроме того, мезотелиальные клетки не образуют гроздевидных группировок и располагаются в один слой.

Иногда в результате центрифугирования мезотелиальные клетки могут сгруппироваться и симулировать комплексы. В этих случаях дифференциация их должна основываться на вышеописанных морфологических признаках и на наличии одиночных экземпляров клеток явной канцерозной природы.

Что касается характера экссудата при злокачественных новообразованиях брюшных органов, то на основании нашего материала можно сделать вывод, что геморрагический экссудат не является правилом; из 85 наблюдений он был констатирован в 32 случаях (37%).

У 5 больных в асцитической жидкости были выявлены элементы саркоматозного новообразования. В этих случаях цитограмма характеризовалась монотонностью и состояла из недифференцированных клеток, преимущественно округлой формы, то более, то менее крупных размеров, расположенных разрозненно. Тенденции к образованию группировок или каких-либо структур не отмечалось. Ядра округлой, иногда неправильно-округлой, формы занимали почти всю клетку и содержали 1—3 голубых гипертрофированных ядрышка. Строение хроматина у преобладающего числа ядер нежно-сетчатое. Цитоплазма одних клеток в виде узкого базофильного ободка окружала ядро, в других была совершенно незаметна. Во всех наблюдениях имелось значительное число клеток, находящихся в состоянии митоза. Во многих элементах отмечалась жировая дистрофия. Следует отметить, что у всех 5 больных характер экссудата был геморрагический.

Таким образом, цитологическая картина асцитической жидкости при саркоме имеет характерные особенности, позволяющие правильно распознать ее.

У 15 больных, у которых цитологическое исследование асцитической жидкости не обнаружило элементов новообразования, при его наличии были выявлены мезотелиальные и моноцитоподобные клетки, макрофаги и элементы крови. У большинства больных повторное исследование также не выявило элементов новообразования. Это говорит о том, что при раковой природе асцита не всегда имеет место эксфолиация кле-

точных элементов новообразования в экссудат, о чем свидетельствуют и наблюдения других авторов [5, 9, 10, 11]. Кроме того, отсутствие элементов опухоли в асцитической жидкости может быть также объяснено непопаданием их в исследуемую порцию. Следовательно, невыявление элементов неоплазмы цитологическим исследованием асцитической жидкости еще не означает отсутствия злокачественного новообразования в брюшной полости.

В ы в о ы

1. Цитологическое исследование экссудатов является ценным подспорьем в диагностике раковых асцитов, позволяющим, по нашим данным, выявить злокачественные новообразования в 80% случаев.

2. Наличие в асцитической жидкости атипичных клеток, наделенных морфологическим симптомокомплексом, характеризующим злокачественную перестройку их, а также характерных группировок в виде гроздевидных комплексов является основанием для цитологической диагностики ракового поражения брюшины.

3. Цитологическая картина асцитической жидкости при саркоме имеет характерные особенности, позволяющие правильно распознать ее.

4. Интерпретация цитограммы асцитической жидкости значительно затрудняется при наличии резко атипических мезотелиальных клеток, симулирующих элементы ракового новообразования.

5. Отмеченные нами морфологические особенности ядер раковых и атипизированных мезотелиальных клеток, а также особенности их группировок позволяют дифференцировать эти элементы и тем самым избежать возможных ошибочных заключений о наличии ракового новообразования брюшины.

Армянский институт рентгенологии и онкологии,
Республиканская клиническая больница г. Еревана

Поступило 19/VII 1969 г

Գ. Ա. ԱՐԶՈՒՄԱՆՅԱՆ, Լ. Մ. ՍԱՐԿՅԱՆ

ԱՍՑԻՏԻԿ ՀԵՂՈՒԿՆԵՐԻ ԲԶԶԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՐՈՎԱՅՆԻ
ԽՈՌՈՉԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

144 հիվանդներից ստացած 172 ասցիտիկ հեղուկների բջջաբանական հետազոտությունների արդյունքների քննարկումը ցույց է տվել, որ քաղցկեղային ծագում ունեցող շրգոդությունների ախտորոշման ժամանակ բջջաբանական հետազոտությունը չափազանց կարևոր միջոց է, որ հնարավոր է դարձնում 80% դեպքերում հայտնաբերել շարորակ նորագոյացությունների առկայությունը:

Ասցիտիկ հեղուկների ցիտոլոգիական պատկերի մեկնաբանումը դժվարացնում է խիստ ատիպիկ մեզոթելային բջիջների առկայությունը, որոնք կեղծակերպում են քաղցկեղային նորագոյացության էլեմենտները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамов М. Г. Клиническая цитология. М., 1962.
2. Айябиндер Н. М., Нечаев Н. Д., Птохов М. П. Вопросы онкологии, 1965, 8, стр. 31.
3. Альтгаузен А. Я. Морфологическое (цитологическое) исследование пунктатов из опухолей, опухолевидных образований и серозных полостей. М., 1962.
4. Арзуманян Г. А. и Агабабян А. Е. Вопросы рентгенологии и онкологии, 6. Ереван, 1961, стр. 287.
5. Кассирский И. А. Клиническая медицина, 1946, 3, 15, стр. 19.
6. Климанова З. Ф. Акушерство и гинекология, 1964, 4, стр. 55.
7. Ставская Е. Я. Врачебное дело, 1951, 4, стр. 335.
8. Фришман Р. Л. Диссертация. Харьков, 1946.
9. Melamed M. R. Cancer (Philad.), 16, 4, 413, 1963.
10. Saphir O. Early diagnosis of breast lesions *Am. J. Surg.*, 150, 859, 1, 1952.
11. Sattler A. *Krebsztz.*, 3/490, 1963.